北京市医疗纠纷人民调解委员会

医疗纠纷调解患方申请书

 编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 性 别 |  | 住址 |  |
| 年 龄 |  | 单 位 |  |
| 民 族 |  | 职 业 | 职员、工人、公务员、教师、医务人员、自由职业、农民工、农民、现役军人、离退休、学生、儿童、无业、其他 |
| 申 请 人  | 姓 名 |  | 联系电话 |  | 与患者关系 |  |
| 职 务 |  | 住址 |  |
| 申 请 日 期 |  |
| 医疗机构名称 |  | 就 诊 科室 |  |
| 有关事实经过：  |
| 医疗损害责任及理由： |
| 具体请求（索赔金额）： 申请人签字： 申请日期： 年 月 日 |