医疗纠纷调解协议书

协议编号：

协议地点：

协议时间：

甲方：              （医方）

法定代表人：

注册地：

联系方式：

乙方：       （患者方）

住所：

联系方式：

丙方：              （调解机构）

法定代表人：

注册地：

联系方式：

基本情况**：**

患者姓名：       性别：       年龄：       民族：

患者       于    年 月    日因 在甲方处住院（门诊） 科治疗，其间，医患双方因      问题发生争议：

事实： （纠纷问题）

经本机构主持调解，甲乙双方一致同意，均愿通过友好协商解决该医疗纠纷，本着当事双方自愿、平等、公平、合法、真实和诚信互利的原则，根据《医疗事故处理条例》及相关法律法规，经充分协商，现达成如下协议，由甲乙双方共同遵照执行。

第一条 甲乙双方同意调解解决该争纷。

第二条 甲方同意向乙方实行一次性经济补偿： （￥ 元 ）

第三条 甲方同意于本协议生效后 日内向乙方一次性支付本协议第二条规定的款项。

第四条 在甲方依照本协议约定支付全部款项后，甲乙双方因患者医疗问题引起的所有争议即告终结，乙方不得再以任何理由和任何方式向甲方主张任何权利，否则乙方应无条件返还甲方已支付的全部款项。

第五条 本协议一式 份，甲乙丙三方各执 份，另一份由甲方交主管部门备案。

第六条 本协议自甲乙双方签字/盖章之日起生效。任何一方不得擅自变更或解除。

甲方： （盖章）

有权签字人：

日期：

乙方： （盖章）

有权签字人：

日期：

丙方： （盖章）

有权签字人：

日期：