

Uppgifter om patienten

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer arbete (även riktnr)
Postnummer och ort		Telefonnummer hem (även riktnr)
e-postadress		Mobiltelefonnummer
Yrke/sysselsättning	Arbetsgivare	

Vårdinrättning

Namnet på det sjukhus/primärvård/tandvårdsklinik där behandlingen som orsakade skadan utfördes		Klinikens namn
Adress till ovanstående vårdinrättning.		
Namn och adress på alla övriga vårdgivare du har uppsökt p g a skadan. Ange alltid klinikens namn på vårdinrättningen.		
.....		
.....		
När utfördes behandlingen som orsakade skadan?		Var du inlagd på sjukhus, vårdhem eller annan vårdinrättning när skadan inträffade?
År	Mån	Dag
		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
		Sjukskriven
		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m - t o m

Försäkringsfrågor

När skadan inträffade fick jag vård på grund av		Vilken?
<input type="checkbox"/> Trafikolycka	<input type="checkbox"/> Arbetskada	<input type="checkbox"/> Annan orsak
Har anmälan gjorts till Trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AFA)?		Har anmälan gjorts till trafikförsäkringsbolag?
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag?
Finns olycksfallsförsäkring för fritidsskada (GOFF, TFF o s v)?		Har anmälan gjorts till annan försäkring t ex ansvarsförsäkring?
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, bolag?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag?

Beskrivning av patientskadan

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fortsätt på nästa sida vid behov

Underskrift

Jag medger att personuppgifter och uppgifter om den anmälda skadan får dataregistreras av Länsförsäkringar.	
Ort och datum	Den skadades namnteckning
Ombud/god mans/förvaltares namnteckning (fullmakt alternativt tingsrättens beslut ska bifogas)	

