

**Uppgifter om patienten**

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer (även riktnr)
Postnummer och ort	Mobiltelefonnummer
E-post	

**Utbetalning av ersättning**

Ersättning utbetalas till (namn)	<input type="checkbox"/> Personkonto	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Bankkonto	Bankens namn	Clearingnummer
		Kontonummer

**Vårdinrättning**

Namnet på det sjukhus/primärvård/tandvårds klinik där behandlingen som orsakade skadan utfördes	Klinikens namn
Adress till ovanstående vårdinrättning.	
Varför sökte du vård initialt (grundskada/grundsjukdom)?	
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 <input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetsskada <input type="checkbox"/> Annan orsak	Vilken?
Har anmälan gjorts till Trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AFA)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Har anmälan gjorts till trafikförsäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag?
Finns olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag?	Har anmälan gjorts till annan försäkring t ex ansvarsförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag?

**Personskadan är orsakad av:**

Skadan jag anmäler gäller medicinskt område: <input type="checkbox"/> Tand <input type="checkbox"/> Kirurgi <input type="checkbox"/> Ortopedi <input type="checkbox"/> Gynekologi <input type="checkbox"/> Annant, ange vilken
Skadan är orsakad av: <input type="checkbox"/> Vårdåtgärd i samband med undersökning eller behandling <input type="checkbox"/> Felaktig ordination av läkemedel <input type="checkbox"/> Felaktig/fördröjd diagnos eller behandling <input type="checkbox"/> Olycksfall i samband med vård och behandling <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Felaktig medicinteknisk produkt

**Vilken personskada anser du att du har drabbats av?**


**Fortsätt på nästa sida vid behov**

