

Försäkringsnummer

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

NOTERA - sida 1 fylls i av patienten och sida 2-3 fylls i av vårdenheten.

Patientens uppgifter

För- och efternamn

Personnummer - 10 siffror

Adress

Postnr och postort

Telefon dagtid/mobil

Mejl

Kontonummer för eventuell utbetalning

Yrke eller sysselsättning

Arbetsgivare

Var inträffade skadan? (ange namn på både vårdenhet och vårdgivare samt telefonnummer och adress).

När inträffade skadan?

Beskriv skadan

Har du behövt besöka läkare eller annan vårdgivare på grund av skadan? Om ja, ange läkarens/vårdgivarens namn, adress och telefon.

Innan skadan inträffade fick jag behandlingen på grund av:

Trafikolycka Arbetskada Annan orsak - ange vilken:

Om trafikolycka, har anmälan gjorts till trafikförsäkring? | Om ja, ange bolag och försäkringsnummer

Ja Nej

Om arbetskada, har anmälan gjorts till eventuell arbetsmarknadsförsäkring eller trygghetsförsäkring?

Ja Nej

| Om ja, till vilken?

Har du en olycksfallsförsäkring för fritidsskador? | Om ja, ange bolag och försäkringsnummer

Ja Nej

Var du sjukskriven vid skadetillfället?

| Om ja, ange period under vilken du varit sjukskriven.

Ja Nej

Har du blivit sjukskriven på grund av skadan?

| Om ja, ange namn på vårdenhet och vårdgivare som utfärdat sjukintyg.

Ja Nej

Har du haft kostnader till följd av skadan?

| Om ja, ange total summa för kostnaderna

Ja Nej

Underskrift

Jag intygar att de uppgifter jag lämnat är fullständiga och korrekta och ger Svedea fullmakt att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, riksförsäkringsverket samt hos andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar och handlingar som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning. Fullmakten innefattar även rätten att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar.

Ort

Datum

Namnteckning

Om skadeanmälan undertecknas av annan än den skadade, ange anledning

 Försäkringsnummer (obligatoriskt)

 Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Försäkringstagare

 Namn

 Organisationsnummer

 Adress

 Postnr och postort

 Telefon dagtid/mobil

 Mejl

 Kontaktperson

Skada

 Anledning till behandlingen under vilken patienten skadades

 Diagnos

 Behandlingsdiagnosens klassifikation *

 Var patienten sjukskriven vid skadetillfället?

 Ja Nej

 Var patienten intagen på sjukhus eller annan vårdenhet vid skadetillfället?

 Ja Nej Om ja, ange vårdenhetens namn och adress

 Har behandling skett på remiss?

 Om ja, vem utfärdade remissen?

 Ja Nej

 Hur uppkom skadan?

 Skadans art?

 Har skadan föranlett sjukskrivning eller intagning på sjukhus?

 Om ja, ange period under vilken patienten varit sjukskriven.

 Ja Nej

* Enligt Socialstyrelsens publikation "Klassificering av sjukdomar" (om uppgiften finns tillgänglig)

Utlåtande om patientens besvär och behandling. Bifoga gärna journalutdrag.

Journalkopior bifogas

Bedömer du att patienten kommer att ha bestående men?

Ja Nej Kan i nuläget inte bedömas

Underskrift

Ort	Datum	Namnsteckning
-----	-------	---------------

Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

0771-160 199
skadorforetag@svedea.se
svedea.se