

1. Uppgifter om patienten

Namn		Personnummer
Adress		
Postnummer	Ort	Telefon
E-postadress		
Yrke/sysselsättning		Arbetsgivare

2. Vårdinrättning

Namnet och adress på det sjukhus/primärvård/tandvårdsklinik där behandlingen som orsakade skadan utfördes	
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 när skadan inträffade?
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Sjukskriven?
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr.o.m. – t.o.m.

3. Försäkringsfrågor

När skadan inträffade fick jag vård på grund av:	
<input type="checkbox"/> trafikolycka <input type="checkbox"/> arbetsskada <input type="checkbox"/> annan orsak, ange vilken:	
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?

4. Beskrivning av patientskadan

5. Underskrift

Fullmakt för Trygg-Hansa Försäkrings AB att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket samt andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar och handlingar som kan vara nödvändiga för bedömningen av min rätt till ersättning. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registreringshandlingar. Jag medger att ovannämnda handlingar får utlämnas till Trygg-Hansa Försäkrings AB.

Ort	Datum	Den skadades/Målsmans namnteckning
Ombud/god mans/förvaltares namnteckning (fullmakt alternativt tingsrättens beslut ska bifogas)		