

## Patientens uppgifter

Efternamn, förnamn (stryk under tilltalsnamn)		Personnummer - 10 siffror
Utdelningsadress		Postnr och postort
Telefon dagtid	Mobil	E-post
Yrke eller sysselsättning		Arbetsgivare
Vårdenhet, namn, adress och telefon där skadan inträffade		År, mån, dag (Då skadan inträffade)
Vari består skadan?		
Har skadan föranlett besök hos läkaren eller annan vårgivare? Ange namn, adress och telefon		
Innan skadan inträffade fick jag vård på grund av:		
Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetskada <input type="checkbox"/> Annan orsak - ange vilken:		
Har anmälan i så fall gjorts till trafikförsäkring?	Bolag	Försäkringsnummer
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Har anmälan gjorts i så fall till eventuell Arbetsmarknadsförsäkring eller Trygghetsförsäkring vid arbetskada?	Vilken?	
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Finns olycksfallsförsäkring för fritidsskador?	Bolag	Försäkringsnummer
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Var ni sjukskriven vid skadetillfället?	Fr.o.m. (år, mån, dag):	T.o.m. (år, mån, dag):
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Har skadan föranlett sjukskrivning?	Sjukhusets namn	
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Har ni haft kostnader till följd av skadan?	Totalt kr	
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		

## Underskrift

Fullmakt för Svedea att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, riks-försäkringsverket samt andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar och handlingar som kan vara nödvändiga för bedömning av min rätt till ersättning. Fullmakten innefattar även rätten att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar. Jag medger att ovanstående handlingar för utlämnas till Svedea.

Ort	Datum	Namn-teckning
-----	-------	---------------

Om skadeanmälan undertecknas av annan än den skadade, ange anledning

Sänd eller lämna skadeanmälan till den vårdenhet där skadan inträffade.  
 Skadeanmälan kan också sändas direkt till Svedea AB, Sveavägen 38, 111 34 Stockholm

---

 Försäkringsnummer - ifylls alltid

---

 Skadenummer - försäkringsbolagets notering
 

---

## Försäkringstagare

Namn		Person- /Org.nr
Utdelningsadress		Postnr och postort
Telefon dagtid	Mobil	E-post
Är ni redovisningsskyldig för moms? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Utbetalning önskas till Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/>	Kontonummer
Kontaktperson		

## Skada

 Orsak till vård då skadan inträffade
 

---



---



---

Diagnos	Behandlingsdiagnosens klassifikation *
Var patienten sjukskriven vid skadetillfället? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Var patienten intagen på sjukhus eller annan vårdenhet vid skadetillfället? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Adress:
Har behandling skett på remiss? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Från vem?
Hur uppkom skadan?	

 Skadans art?
 

---

Har skadan/Skulle skadan ha föranlett sjukskrivning eller intagning på sjukhus? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Fr.o.m.
--	---------

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

---

Utlåtande om patientens besvär, behandling o.d. Bifoga gärna journalutdrag.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Journalkopior bifogas

Bestående men

Ja  Nej  Kan i nuläget inte bedömas

### Underskrift

---

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

---

Namnförtydligande

---

Skadeanmälan skickas till:

**Svedea AB**  
**Sveavägen 38**  
**111 34 Stockholm**

Svedea AB  
Sveavägen 38  
111 34 Stockholm  
Telefon: 0771-160 199  
Org.nr: 556786-1678  
www.svedea.se