

Anmeldelse af patientskade

1. Navn, adresse mv. (skriv af sikkerhedshensyn venligst dit navn og CPR-nr. på alle sider)

Fornavn(e):	Efternavn:	CPR-nr.:
Adresse:	Postnr.:	By:
Tlf.nr.:	Mobilnummer:	Stilling/job da skaden skete:
Arbejdsgiver da skaden skete:	E-mail:	

2. Oprindelig årsag til behandling?

Vi skal vide, hvad årsagen til den oprindelige behandling var. Det er altså ikke behandlingsskaden, vi spørger til.

Trafikulykke. Hvilken? _____

Arbejdsulykke eller arbejdsbetinget skade. Hvilken? _____

Er sagen anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen: Ja Nej

Hvis du oprindeligt blev behandlet for en arbejdsulykke, vil nogle erstatningsposter være dækket efter arbejdssikringsloven og andre efter klage- og erstatningsansvarsloven. Du skal derfor også anmelde din sag til Arbejdsskadestyrelsen. Se information på www.ask.dk.

Andet ulykkestilfælde. Hvilket? _____

Sygdom. Hvilken? _____

Var med i forsøg som rask forsøgsperson. Hvilket forsøg? _____

Donor (gælder ikke bloddonorere)

Andet. Hvad? _____

Er sagen anmeldt til privat forsikringselskab? Ja Nej

Hvis ja, hvilket? _____ Police- eller skadenummer: _____

3. Periode for behandling

I hvilken/hvilke perioder er sygdommen/skaden efter uheldet behandlet? _____

Bliver du fortsat behandlet for din sygdom/skaden efter uheldet? _____

Navn: _____

CPR-nr.: _____

4. Behandlingsskaden

Hvilken skade fik du ved behandlingen, og hvordan skete skaden? _____

Dato for skaden (dag-måned-år): _____

Hvornår blev du klar over, at der var tale om en skade (dag-måned-år)? _____

Hvor i sundhedsvæsenet skete den eventuelle skade? (Navn på evt. hospital eller navn og adresse på evt. praktiserende læge eller anden autoriseret sundhedsperson)

Er skaden behandlet andre steder? Ja Nej

Hvis ja, hvor? (Navn på evt. hospital eller navn og adresse på fx speciallæge, fysioterapeut)

Behandlingsdato eller behandlingsperiode? _____

5. Andre forholdHar du fortsat gener efter patientskaden? Ja Nej

Hvis ja, hvilke? _____

Har du været helt eller delvist sygemeldt på grund af skaden? Ja helt Ja delvist Nej

Hvis ja, angiv periode/perioder

Dag-måned-år: Fra _____ til _____

Dag-måned-år: Fra _____ til _____

Har du haft indkomstab som følge af skaden? Ja Nej

Hvis ja, angiv cirkabeløb _____ kr.

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Har du haft andre udgifter som følge af skaden? *(Herunder medicin, behandling, transport m.v.)*

Ja Nej

Hvis ja, angiv cirkabeløb _____kr.

NB! Husk at gemme alle kvitteringer, boner m.v.

Vi gør opmærksom på, at Patienterstatningen ikke dækker eventuelle advokatomkostninger.

6. Din praktiserende læge

Vi kan få brug for at indhente oplysninger fra din praktiserende læge i forbindelse med vores behandling af sagen. Du skal derfor oplyse navn og adresse på din læge:

7. Digital kommunikation med Patienterstatningen - Netservice

Du kan anvende NemID til at få digital adgang til sagen. På den måde har du direkte adgang til alle registrerede data og dokumenter i sagen, og du vil modtage digital post fra os. Du kan også sende post til os via Netservice.

Hvis du tilmelder dig Netservice, vil du nogle dage efter, at Patienterstatningen har modtaget anmeldelsen, modtage en e-mail om, at sagen er oprettet og er synlig i Netservice. Du får herefter post fra os digitalt via Netservice. Vi sender dig derfor ikke længere almindelige breve med posten.

Jeg ønsker digital adgang og kommunikation: Ja Nej

Angiv den e-mailadresse som du ønsker at modtage beskeder til: _____

Husk: Hvis du giver fuldmagt til en anden person – se nedenfor – er det denne person, der modtager post i sagen.

8. Fuldmagt

Hvis du ønsker, at en anden person skal føre sagen for dig fx et familiemedlem, en ven eller en advokat, skal nedenstående være udfyldt. Alle breve vil blive sendt til denne person, mens en eventuel erstatning vil blive udbetalt direkte til dig.

Fornavn:	Efternavn:	Relation til dig:	Evt. virksomhedsnavn:
Adresse:	Postnr.:	By:	CVR/CPR-nr:
Tlf.nr.:	Mobilnummer:	E-mail:	

