



Svenska Kommun
Försäkrings AB

SKADEANMÄLAN PATIENTSKADA

Uppgifter om patienten

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid	Mobilnummer
E-post	Yrke/sysselsättning

Vårdinrättning

Namnet på vårdinrättningen där behandlingen som orsakade skadan utfördes	Adress till vårdinrättningen
--	------------------------------

Skadan

När utfördes behandlingen som orsakade skadan? (År, månad, dag)	När skadan inträffade gavs vård på grund av: <input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetskada <input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken:
Beskrivning av skadan (<i>Räcker inte skrivutrymmet till? Använd sid 2 på denna blankett eller skriv på separat bilaga</i>)	

Underskrift

Ort och datum	Den skadades/vårdnadshavares namnteckning
Ombud/god mans/förvaltarens namnteckning, om sådan finns	

Fortsättning av redogörelsen (*Räcker inte skrivutrymmet till? Skriv på separat bilaga*)