



Lomake täytetään ja palautetaan: Suomen Keskinäinen
Lääkevahinkovakuutusyhtiö, PL 115, 00181 HELSINKI

Käsittelytunnus

Saapunut

1. TIEDOT VAHINGONKÄRSINEESTÄ

Sukunimi ja etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)

Henkilötunnus

Katuosoite

Postinumero ja -toimipaikka

Puhelin päivisin (myös suuntanumero)

Sähköpostiosoite

Ammatti

Työnantajan nimi, osoite ja puhelin

Pankkitili

Vajaavaltaisen henkilön edunvalvoja ja hänen osoitteensa

2. ALKUPERÄINEN SAIRAUUS, JOTA HOIDETTIIN

Mitä sairautta hoidettiin? Sairauden / taudin / vamman määrittäminen (diagnoosi, ICD-koodi)

Oliko sairauden / taudin / vamman syynä

liikennevahinko työtapaturma muu syy, mikä

Muu vakuutuslaitos, Kelan toimisto tai työpaikkakassa, joka on maksanut korvausta tämän vahingon johdosta (myös ulkomaiset)

3. LÄÄKE

Vahingon aiheuttanut lääke

Liitä mukaan jäljennös lääkemääräyksestä (reseptistä) tai muu vastaava apteekin antama selvitys, josta ilmenee käyttämäsi lääkettä koskevat tiedot (mm. lääkkeen nimi, vahvuus ja vnr-numero).

Lääkemääräyksen antaneen lääkärin nimi ja hoitolaitos sekä yhteystiedot

Milloin lääkemääräys annettiin (pvm)

/ /

Kenelle?

vahingonkärsineelle

toiselle henkilölle

Milloin lääke ostettiin / annettiin (pvm)

/ /

Mistä lääke ostettiin / annettiin? Apteekin tai hoitolaitoksen nimi

Onko lääkärin määräämä lääke vaihdettu apteekissa toiseen?

EI KYLLÄ

Milloin lääkkeen käyttö aloitettiin?

/ /

Milloin lääkkeen käyttö lopetettiin?

/ /

Antoiko lääkäri lisäohjeita lääkkeen käytöstä?

EI KYLLÄ. Minkälaisia?

Oletko poikennut saamistasi lääkkeen annostusohjeista?

EI KYLLÄ. Miten annostus poikkesi ohjeista?

Oletko käyttänyt muita lääkkeitä samanaikaisesti?

EI KYLLÄ. Seuraavia:

