



Skadebeteckning

Inkommen

1. UPPGIFTER OM DEN SKADELIDANDE

Efternamn och förnamn (stryk under tilltalsnamnet)

Personbeteckning

Utdelningsadress

Postnummer och -anstalt

Telefon dagtid (även rikstnummer)

Elektronisk post

Yrke

Arbetsgivarens namn, adress och telefon

Omyndig persons intressebevakare och denna adress

2. SJUKDOMEN FÖR VILKEN BEHANDLING ERHÖLLS

Vilken sjukdom behandlades? Sjukdomens / skadans diagnos?

Var orsaken till sjukdomen / skadan

trafikolycka arbetsolycksfall annat olycksfall, av vilket slag

Försäkringsanstalt / FPAs byrå, som utbetalat ersättning för ovannämnd sjukdom

3. LÄKEMEDLET

Läkemedlet som orsakat skadan

Bifoga kopia av receptet för det läkemedel som denna anmälan berör eller annan av apoteket given utredning med uppgifter om det läkemedel som Ni använt (bl.a. läkemedlets namn, styrka, vnr-nummer).

Namnet på den läkare som ordinerat läkemedlet samt vårdinrättningens namn

När ordinerades läkemedlet (datum)?

/ /

För vem?

för den skadelidande

för annan person

När inhandlades / gavs läkemedlet (datum)?

/ /

Var inhandlades / gavs läkemedlet? Namnet på apoteket eller vårdintättningen

Har det läkemedel som läkaren ordinerat bytts ut på apoteket?

NEJ

JA

När påbörjades användningen av läkemedlet?

/ /

När avslutades användningen av läkemedlet?

/ /

Har läkaren givit tilläggsanvisningar för användningen av läkemedlet?

NEJ

JA. Vilka?

Har Ni följt doseringsföreskrifterna?

NEJ

JA. Hur har doseringen avvikit från föreskrifterna?

Har andra läkemedel använts samtidigt?

NEJ

JA, följande:

