



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:



4. LÄÄKEVAHINKO. Miten lääkevahinko ilmeni?

Mikä sairaus/tauti/vamma lääkkeestä aiheutui; diagnoosi, ICD-koodi

Jatkuu liitteessä

Milloin käännyitte ensimmäisen kerran lääkevahingon johdosta lääkärin puoleen?

pvm / /

Hoitolaitostiedot: sairaala, osasto, lääkärin nimi ja osoitetiedot

--

Muut lääkärit, hoitolaitokset tai apteekit, jotka voivat antaa lisätietoja lääkevahingosta (nimi ja osoitetiedot)

Onko vahinkoasia käsitellyssä tai käsitelty Potilasvakuutuskeskuksessa?

5. ALLEKIRJOITUS

Suostun siihen, että terveyden- ja sairaanhoitotoiminnan harjoittajat, apteekit, veroviranomaiset, vahingonkärsineiden työnantajat, eläke- ja vakuutuslaitokset, Eläketurvakeskus ja muut viranomaiset, yleiset ja erityistuomioistuimet sekä muutoksenhakulautakunnat saavat salassapitosäännösten estämättä antaa Suomen Keskinäiselle Lääkevahinkovakuutusyhtiölle ne lääkkeen käyttäjän terveydentilaa ja lääkkeen käyttäjän tai muun korvauksen hakijan saamia korvauksia, eläkkeitä ja palkkausta koskevat tiedot, asiakirjat ja ratkaisut, jotka ovat tarpeen tämän vahinkoasian selvittämisessä ja korvauskäsittelyssä.

Vahingonkärsineen (vajaavaltaisen osalta edunvalvojan) tai valtuutetun asiamiehen (valtakirja liitettävä, malli www.laakevahinko.fi -sivuilla) allekirjoitus ja nimenselvennys.

Paikka _____ Päiväys _____ / _____ 20_____

Allekirjoitus ja nimenselvennys: