

SKADEANMÄLAN

Läkemedelsskada

1. DEN SKADADE

Efternamn, förnamn tilltalsnamnet stryks under		Personnummer (åååå mm dd - nnnn)
Utdelningsadress		Tfn dagtid (inkl riktnr)
Postnr	Ort	
E-postadress		

2. GRUNDSJUKDOM

För vilken grundsjukdom behandlades du? Diagnos?			
.....			
<input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetsskada			
Vilken vårdgivare har behandlat dig?		Klinik (vid sjukhusvård)	
.....			
Har grundsjukdomen föranlett sjukskrivning?	Hel fr o m	t o m	Delvis fr o m
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

3. LÄKEMEDLET

Vilket läkemedel avser anmälan?	
.....	
Namn på sjukhus/vårdgivare som har ordinerat detta?	Klinik (vid sjukhusvård)
.....	
När ordinerades läkemedlet?	För vem ordinerades läkemedlet?
	<input type="checkbox"/> Den skadade <input type="checkbox"/> Annan person
När började läkemedlet användas?	När upphörde användningen?
Har andra läkemedel använts samtidigt med ovanstående?	Har du följt doseringsanvisningar och föreskrifter?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, följande:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har naturläkemedel använts samtidigt med ovanstående?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, följande:	

4. LÄKEMEDELSSKADAN

Är skadan anmäld till Patientförsäkring, LÖF eller annan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, ange försäkringsbolag
Beskriv kortfattat vilken läkemedelsskada eller vilka besvär du drabbats av.	
När märktes skadan första gången?	När uppsöktes läkare för skadan första gången?
Ange sjukhus/vårdgivare som undersökte skadan första gången?	Klinik (vid sjukhusvård)
Vilka andra läkare eller vårdgivare kan lämna upplysningar?	

5. LÄKEMEDELSSKADANS FÖLJD

Har läkemedelsskadan föranlett sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr o m	T o m	Återställd från läkemedelsskadan fr o m
Eventuella noteringar:			
Har läkemedelsskadan föranlett sjukvård? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr o m	Utskriven från sjukhus fr o m	
Eventuella noteringar:			

6. BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER

Vi behandlar personuppgifter bl.a. i syfte att utreda, reglera och administrera skadeärenden. För detta syfte inhämtar vi normalt känsliga personuppgifter om dig. Vid behandling av dina personuppgifter i samband med din skadeanmälan stödjer vi oss därför på den rättsliga grunden: Fastställa, göra gällande eller försvara rättsliga anspråk. För mer information om vår behandling av personuppgifter, vänligen läs SLF:s Integritetspolicy som finns på www.slf.se eller kontakta SLF.

7. UNDERSKRIFT

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är riktiga.

Ort och datum	Den skadadelidandes/vårdnadshavarens namnteckning
Underskrift ombud om sådant finns (fullmakt alternativt tingsrättens beslut bifogas)	

Om den som anmälan gäller står under godmanskap eller förvaltarskap, var god kontakta Svenska Läkemedelsförsäkringen AB i samband med skadeanmälan.

SKICKA DENNA SKADEANMÄLAN TILL:

Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, Box 17608, 118 92 Stockholm

A large rectangular area with a dotted grid pattern, intended for providing additional information.

A large rectangular area with horizontal dotted lines, intended for providing additional information.