

NOTERA - sida 1 och 3 fylls i av patienten och sida 2 fylls i av vårdenheten.

Patientens uppgifter

För- och efternamn	Personnummer - 10 siffror
--------------------	---------------------------

Adress	Postnr och postort
--------	--------------------

Telefon dagtid/mobil	Mejl
----------------------	------

Kontonummer för eventuell utbetalning

Var inträffade skadan? (ange namn på både vårdenhet och vårdgivare).

Varför sökte du vård hos vårdgivaren? (ange anledningen till vårdkontakten)

Har du blivit remitterad till vårdenheten genom den offentliga vården?
 Ja Nej

När inträffade skadan?	Har du anmält skadan till vårdgivaren? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Beskriv skadan

Har du behövt besöka läkare eller annan vårdgivare på grund av skadan? Om ja, ange läkarens/vårdgivarens namn, adress och telefon.

Var du sjukskriven vid behandlingstillfället? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange period under vilken du varit sjukskriven.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

Har du blivit sjukskriven på grund av skadan? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange namn på vårdenhet och vårdgivare som utfärdat sjukintyg.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

Har du haft kostnader till följd av skadan? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange total summa för kostnaderna
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

Försäkringsnummer (obligatoriskt)

Försäkringstagare

Namn

Organisationsnummer

Adress

Postnr och postort

Telefon dagtid/mobil

Mejl

Kontaktperson

Anledning till behandlingen/besöket

Har patienten blivit remitterad till er genom den offentliga vården?

Ja Nej

Skada

Beskriv den genomförda behandlingen och den anmälda skadan.

Obs! Skicka med journalerna från behandlingstillfällna tillsammans med skadeanmälan

Underskrift

Ort

Datum

Namnsteckning

Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

0771-160 161
patientskada@svedea.se
svedea.se

Skadenummer - fylls av i försäkringsbolaget

Namn

Personnummer

Fullmakt för Svedea att hos läkare, sjukvårdsinrättning, arbetsgivare, Försäkringskassan, Skatteverket, Arbetsförmedlingen eller andra myndigheter och försäkringsbolag begära de upplysningar som kan vara nödvändiga för bedömningen av mina ersättningsanspråk.

Fullmakten innefattar rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandling avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Fullmakten ger även Svedea rätt att delta i en eventuell rehabiliteringsprocess.

Jag medger att ovan nämnda handlingar och uppgifter får lämnas ut till Svedea samt att mitt personnummer får användas för en säker identifiering. Fullmakten gäller under hela skaderegleringen hos Svedea. Fullmakten kan återkallas.

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Vårdnadshavares namnteckning om minderårig

Namnförtydligande

Information om din personuppgiftshantering

Svedea är personuppgiftsansvarig enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Alla personuppgifter behandlas konfidentiellt enligt gällande sekretessbestämmelser. Uppgifterna sparas för att Svedea skall kunna handlägga ditt skadeärende. Om du vill få information om vilka personuppgifter om dig som behandlas av oss eller vill begära rättelse av felaktig eller missvisande uppgift kontaktar du oss genom att skriva till: Svedea, Dataskyddsombud, Box 3489, 103 69 Stockholm eller genom att mejla till dataskyddsombud@svedea.se.