

## 1. DEN SKADADE

|  |     |                                  |
|--|-----|----------------------------------|
| Efternamn, förnamn (tilltalsnamnet stryks under) |     | Personnummer (åååå mm dd - nnnn) |
| Utdelningsadress                                 |     | Tfn bostad (inkl riktnr)         |
| Postnr   | Ort | Tfn arbete (inkl riktnr)         |
| Yrke / Sysselsättning                            |     |                                  |

## 2. GRUNDSJUKDOM

|   |            |                |               |
|---|------------|----------------|---------------|
| För vilken grundsjukdom behandlades Du? Diagnos?                          |            |                |               |
| .....   |            |                |               |
| <input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetskada |            |                |               |
| Namn på den/de läkare som har behandlat Dig?                              |            | Sjukhus/Klinik |               |
| .....   |            |                |               |
| Har grundsjukdomen föranlett sjukskrivning?                               | Hel fr o m | t o m          | Delvis fr o m |
| <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                  |            |                | t o m         |
| Har Du varit på sjukhus för grundsjukdomen?                               | Sjukhus    | Avdelning      |               |
| <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                  |            |                |               |

## 3. LÄKEMEDLET

|   |  |  |
|---|--|--|
| Läkemedel som antas ha orsakat skadan                                   |  |  |
| .....   |  |  |
| Namn på den läkare som har ordinerat detta?                             |  | Sjukhus/Klinik   |
| .....   |  |  |
| När ordinerades läkemedlet?   | För vem ordinerades läkemedlet?  | Vid vilket apotek eller sjukhus är läkemedlet köpt eller utlämnat? |
|   | <input type="checkbox"/> Den skadade <input type="checkbox"/> Annan person |  |
| När började läkemedlet användas?  | När upphörde användningen?   |  |
| Dosering. Skriv gärna av etikett (eller bifoga förpackning med etikett) |  |  |
| .....   |  |  |
| Har läkare givit ytterligare föreskrifter om läkemedlets användning?    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, nämligen:     |  |  |
| .....   |  |  |
| Har Du följt doseringsanvisningar och föreskrifter?                     | Avvikelse på följande sätt:  |  |
| <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                | .....  |  |
| Har andra läkemedel använts samtidigt med ovanstående?                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, följande:     |  |  |
| .....   |  |  |
| 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)?

Nej  Ja

Hur vill Du beskriva läkemedelsskadan?

Övriga synpunkter på skadans uppkomst?

När märktes skadan första gången?

När uppsöktes läkare för skadan första gången?

Namn på den läkare som undersökte skadan första gången?

Sjukhus / Klinik

Vilka andra läkare, vårdinrättningar eller apotek kan lämna upplysningar?

#### 5. LÄKEMEDELSSKADANS FÖLJD

Har läkemedelsskadan föranlett sjukskrivning?

Fr o m

T o m

Återställd från läkemedelsskadan fr o m

Nej  Ja

Eventuella noteringar:

Har läkemedelsskadan föranlett intagning på sjukhus?

Fr o m

Utskriven från sjukhus fr o m

Nej  Ja

Eventuella noteringar:

#### 6. UNDERSKRIFT

##### INFORMATION OM PERSONUPPGIFTLAGEN (PUL)

Genom undertecknandet av denna blankett samtycker du till att SLF behandlar dina personuppgifter. Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Samtliga uppgifter, däribland personuppgifter, måste registreras, sparas och behandlas för att SLF ska kunna handlägga skadan. Uppgifterna lämnas dels av dig själv, men under handläggningen av din skada kan SLF också behöva inhämta uppgifter från andra källor, såsom sjukvårdsinstanser, din arbetsgivare, Försäkringskassan och Skatteverket.

Du har rätt till att kostnadsfritt en gång per kalenderår ta del av de uppgifter som SLF registrerat. Den som önskar upplysning om vilka personuppgifter som finns, eller som vill begära rättelse av felaktig uppgift, ska skriftligen meddela detta till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, Box 17608, 118 92 Stockholm. Ansökan ska vara egenhändigt undertecknad och innehålla uppgift om försäkrings- eller personnummer.

Särskilt av Datainspektionen registrerade Personuppgiftsombud finns utsedda vilka har till uppgift att tillse att Svenska Läkemedelsförsäkringen AB följer gällande regelverk om hantering av personuppgifter. Personuppgiftsansvarig för behandlingen är Svenska Läkemedelsförsäkringen AB.

Ort och datum

Den skadades/vårdnadshavarens namnteckning

Ombuds namnteckning, om sådan 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 for writing.