

# 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](http://www.slf.se) eller kontakta SLF.

#### 7. UNDERSKRIFT

Genom undertecknandet av denna skadeanmälan ger jag SLF rätt att hos att läkare eller annan vård personal, sjukhus, tandvård- eller annan vård inrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, landstingsarkiv, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut, min arbetsgivare, Skatteverket, annan myndighet eller annan berörd person inhämta de upplysningar, journaler, hälsouppgifter, sjukskrivningsförhållanden, registerhandlingar, intyg, kontrolluppgifter, taxeringsbesked, inkomstdeklarationer m.m., som SLF anser sig behöva för bedömning av mitt ersättningskrav enligt min skadeanmälan till bolaget. SLF ges härigenom även rätt att, vid regleringen av min skadeanmälan till bolaget, delge medicinsk rådgivare eller annan tredje part de uppgifter SLF erhåller enligt ovan och bolagets riskbedömning.

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



