



Svenska Kommun  
Försäkrings AB

## SKADEANMÄLAN PATIENTSKADA

### Uppgifter om patienten

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Namn                 | Personnummer        |
| Adress               | Postnummer och ort  |
| Telefonnummer dagtid | Mobilnummer         |
| E-post               | Yrke/sysselsättning |

### Vårdinrättning

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Namnet på vårdinrättningen där behandlingen som orsakade skadan utfördes | Adress till vårdinrättningen |
|--|------------------------------|

### Skadan

|   |   |
|---|---|
| När utfördes behandlingen som orsakade skadan? (År, månad, dag)   | När skadan inträffade gavs vård på grund av:<br><input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetskada<br><input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken: |
| Beskrivning av skadan ( <i>Räcker inte skrivutrymmet till? Använd sid 2 på denna blankett eller skriv på separat bilaga</i> ) |   |

### Underskrift

|  |   |
|--|---|
| Ort och datum  | Den skadades/vårdnadshavares namnteckning |
| Ombud/god mans/förvaltarens namnteckning, om sådan finns |   |

Fortsättning av redogörelsen (*Räcker inte skrivutrymmet till? Skriv på separat bilaga*)