

PATIENTFÖRSÄKRING HÄLSO- OCH SJUKVÅRD



Skadeanmälan

Lämna eller skicka skadeanmälan till den vårdenhet där skadan inträffade. Vårdgivaren skickar sedan skadeanmälan till If.

1. PATIENTENS UPPGIFTER

Efternamn och tilltalsnamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer och ortnamn

Telefon (även riktnr)

Mejl

Yrke eller sysselsättning

Arbetsgivare

Innan skadan inträffade fick jag vård på grund av

trafikolycka

arbetsskada

annan orsak – ange vilken _____

Var du sjukskriven vid skadetillfället

Nej

Ja

Har skadan föranlett sjukskrivning

Fr.o.m. (år-mån-dag)

T.o.m. (år-mån-dag)

Nej

Ja

Har skadan föranlett intagning på sjukhus

Sjukhusets namn

Nej

Ja

Har du haft kostnader till följd av skadan

Totalt kr

Nej

Ja

Vårdenhet, namn, adress och telefon där skadan inträffade

År, mån, dag då skadan inträffade

Vari består skadan?

Har skadan föranlett besök hos läkare eller annan vårdgivare? Ange namn, adress och telefon

UNDERSKRIFT

Datum

Namnteckning

Om skadeanmälan undertecknas av annan än den skadade, ange anledningen

UTLÅTANDE**VÅRDGIVARENS UPPGIFTER****PATIENT**

Vårdenhet där skadan inträffade	Personnummer (år, mån, dag, nr)
	Namn
Behandlande läkare	Skadedatum (datum när skadan orsakades)
Organisationsnr	Försäkringsnummer
Mejl	

VÅRDGIVARENS UPPGIFTER

Det är angeläget att samtliga uppgifter är besvarade. Försäkringen ersätter endast den förlust och det lidande som den inträffade skadan förorsakat.

Hälsotillståndet före skadan	Orsak till vård då skadan inträffade	
	Diagnos	Behandlingsdiagnosens klassifikation *
	Var patienten sjukskriven vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Var patienten intagen på sjukhus eller annan vårdenhet vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja: Vilket sjukhus?
	Har behandlingen skett via vårdavtal/auktorisationsavtal? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Från vem?
	Namn	
	Adress	
Hur uppkom skadan?		
Skadans art		
Den anmälda skadans följd	Har skadan / Skulle skadan ha föranlett sjukskrivning eller intagning på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr.o.m.
Utlåtande om patientens besvär, behandling o.d.		

Kostnader för att framställa krav och bistå i utredningar/undersökningar ersätts inte genom försäkringen, vilket är i enlighet med de allmänna försäkringsvillkoren i branschen.

UPPGIFTSLÄMNARENS UNDERSKRIFT

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	

*Enligt Socialstyrelsens publikation "Klassificering av sjukdomar" (om uppgiften finns tillgänglig)

Skickas till:
If
F200
106 80 Stockholm

Telefon: 0771-815 815
Växel: 0771-43 00 00
Mejl: : ansvar@if.se