



1. Uppgifter om patienten (VAR GOD TEXTA)

Namn		Personnummer			
		År (4 siffror)	Mån	Dag	Nr
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adress (gatuadress, postnummer, ort)					
Telefon hem (inkl riktnummer)			Telefon arbete (inkl riktnummer)		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Mobiltelefon			E-post		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Yrke/sysselsättning			Arbetsgivare		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

2. Vårdinrättning

Namnet på det sjukhus/primärvård/tandvårdsklinik där behandlingen som orsakade skadan utfördes		Klinikens namn		
		<input type="text"/>		
Adress till ovanstående vårdinrättning				
<input type="text"/>				
Alla övriga vårdgivare som har uppsökts p.g.a. skadan. Ange alltid klinikens namn och adressen till vårdinrättningen.				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
När utfördes behandlingen som orsakade skadan?		Inlagd på sjukhus när skadan inträffade?		
År (4 siffror)	Mån	Dag	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Sjukskriven?		<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja, fr.o.m. – t.o.m.
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

3. Försäkringsfrågor

När skadan inträffade gavs vård på grund av:				
<input type="checkbox"/> trafikolycka	<input type="checkbox"/> arbetsskada	<input type="checkbox"/> annan orsak, ange vilken:		
Har anmälan gjorts till Trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AFA)?		Har anmälan gjorts till trafikförsäkringsbolag?		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, bolag?	
Finns olycksfallsförsäkring för fritidsskada?		Har anmälan gjorts till annan försäkring t.ex. ansvarsförsäkring?		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, bolag?	<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja, bolag?

4. Beskrivning av patientskadan

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<i>Var god vänd</i>

5. Underskrift

Ort och datum	Den skadades/målsmans namnteckning	Skadeanmälan sänds till: PSR Personskade- reglering AB Box 17830 118 94 Stockholm
Ombud/god mans/förvaltares namnteckning (fullmakt alternativt tingsrättens beslut ska bifogas)		
För att vi ska kunna behandla skadeanmälan krävs även att bifogad handling Fullmakt och medgivande undertecknas. V.g. se sid. 3		Information PSR 08-551 010 00

OBS! Denna handling måste undertecknas för att skadeanmälan ska kunna behandlas

FULLMAKT OCH MEDGIVANDE

Härmed lämnas fullmakt för PSR Personskadereglering AB (PSR) att hos läkare, sjuk-/tandvårdsinrättningar, Försäkringskassan, Skatteverket, andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar och handlingar som kan vara nödvändiga för bedömning av rätten till ersättning med anledning av anmäld skada.

Medgivande lämnas också att personuppgifter och uppgifter om den anmälda skadan får behandlas av PSR, liksom att personnummer får användas som ärendenummer vid korrespondens. Vidare medges att skadeanmälan får delges berörd vårdinrättning i samband med att PSR inhämtar utredning och att berört landsting respektive verksamhetschef vid vårdinrättningen delges PSR:s beslut i ärendet.

Därutöver medges att personuppgifter som finns i ärendet får behandlas i skadeförebyggande verksamhet hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), som är ansvarig försäkringsgivare.

Den skadades namn	Den skadades personnummer
-------------------	---------------------------

Underskrift

Ort	Datum
Namnteckning	
Namnförtydligande	