

Skadeanmälan gällande patientskadaⁱ (anmälan från den skadedrabbade till Kommunassurans om inträffad patientskada)

Datum för anmälan:

När blanketten är ifylld ska den skickas på något av följande sätt.

- Skriv ut, skriv under, skanna in och skicka denna blankett och bilagor via e-post till forsakringsfragor@uddevalla.se (vänligen beakta behovet av dataskydd gällande känsliga uppgifter såsom personnummer).
- Skriv ut, skriv under och skicka denna blankett och bilagor med vanlig post till Kommunledningskontoret Försäkringsenheten, Varvsvägen 1, 451 81 Uddevalla

1. Personuppgifter avseende den som har drabbats av en patientskada

Namn	Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Telefon/mobil
Postnummer Ort	E-post-adress

Fullmakt – om den skadelidande företräds av ombud (exempelvis en anhörig)

Ska den skadedrabbade företrädas av ombud i ärendet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ombudets relation till den skadedrabbade (frivillig uppgift):	
Ombudets namn	Mobiltelefon	Ombudets e-post-adress
Undertecknad, som har drabbats av en patientskada som jag avser att anmäla till Kommunassurans, befullmäktigar härmed det ombud som anges ovan att företräda mig gentemot Kommunassurans och gentemot berörd kommun/vårdgivare gällande patientskadan.		
Datum	Den skadedrabbades underskrift	
Namnförtydligande:		

2. Berörd vårdgivare

Berörd kommun		
Berörd förvaltning		
Berörd vårdinrättning eller enhet		
Kontaktperson (om känt)	Mobilnummer	Kontaktpersonens e-post-adress

3. Uppgifter om patientskadan

Patientskador är en personskada som uppstått genom någon av de situationer som beskrivs i 6 § patientskadelagen. Vilken typ av patientskada har inträffat?

- Undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd
- Fel i eller felaktig hantering av sjukvårdsutrustning
- Felaktig diagnos
- Överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd
- Olycksfall i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller under sjuktransport eller i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning
- Ordination av läkemedel i strid med föreskrifter

När inträffade patientskadan?	Vilket klockslag?
Var inträffade patientskadan?	
Beskrivning av den personskada som har inträffat	
<i>Det går bra att beskriva personskadan på separat papper. Ange i så fall ovan att beskrivningen bifogas.</i>	
Beskrivning av det händelseförlopp som ledde till att skadan uppstod	
<i>Det går bra att beskriva vad som har hänt på separat papper. Ange i så fall ovan att beskrivningen bifogas.</i>	

4. Bilagor

Bifoga all relevant dokumentation, exempelvis bilder, kommunikation med vårdgivaren och utredningar. Vänligen ange nedan vilka bilagor som bifogas till skadeanmälan.

Handling	Bilaga nr:

5. Övrig information

Eventuell kompletterande information

6. Underskrift av dig som drabbats av patientskada eller av ombud enligt fullmakt

Underskrift av

mig som skadedrabbad

mig i egenskap av ombud för den skadedrabbade (fullmakt måste anges i punkt 1 ovan eller bifogas)

Jag (skadedrabbad eller ombudet) intygar härmed att samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga

Datum

Underskrift av dig som gör anmälan (skadedrabbad eller ombudet)

Namnförtydligande:

ⁱ Denna blankett kan användas av den som har drabbats av en patientskada, eller dennes ombud med skriftlig fullmakt (fullmakten måste anges under punkt 1 eller bifogas separat). Skadeanmälan kan ske direkt till Kommunassurans Försäkring AB avseende de kommuner där patientförsäkring finns tecknad hos försäkringsbolaget. Alla kommuner ska ange på sin hemsida vilket försäkringsbolag som har tecknat kommunens patientförsäkring, men det går också bra att kontakta kommunen och fråga.