

1 PERSONINFORMASJON

Navn		Saksbehandler	
Telefon	E-post	Skadenr	
Fødsels/Personnr	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Skadedato	DD MM AA
Sivil status	<input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Enslig	Hjemme-boende barn	Antall

2 DEN AKTUELLE ULYKKEN

Beskriv hendelsen så nøyaktig som mulig

3 SKADER I FORBINDELSE MED ULYKKEN

a) Beskriv skadene/plagene som oppstod og når du kjente de første symptomene

b) Var du bevisstløs rett etter ulykken?

☐ Nei
 ☐ Ja
 ☐ Husker bare delvis

c) Innlagt på sykehus?	Når ble du utskrevet?	DD	MM	AA	Navn på sykehus/avdeling
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja					

d) Oppsøkt lege/legevakt?	Dato for første konsultasjon etter ulykken	DD	MM	AA
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja				

Legens navn/adresse

Fastlegens navn/adresse (hvis annen enn ovenfor)

e) Behandling fra fysioterapeut/kiropraktor eller lignende pga plager i forbindelse med ulykken?

☐ Nei
 ☐ Ja
 Dato for første behandling

Behandlers navn/adresse

f) Sykemeldt etter ulykken?	F.o.m. dato	DD	MM	AA	T.o.m. dato	DD	MM	AA	<input type="checkbox"/> Fortsatt
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja									

4 SITUASJONEN NÅ

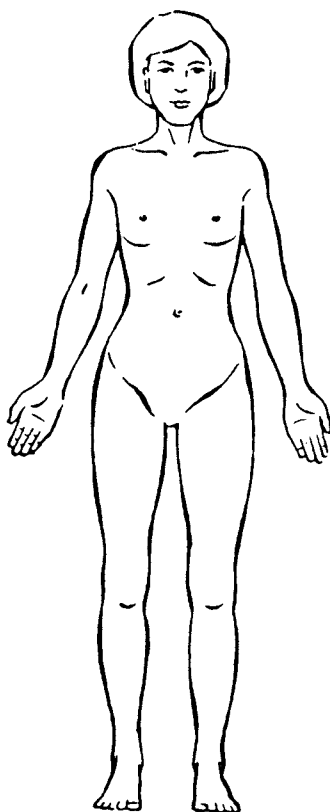
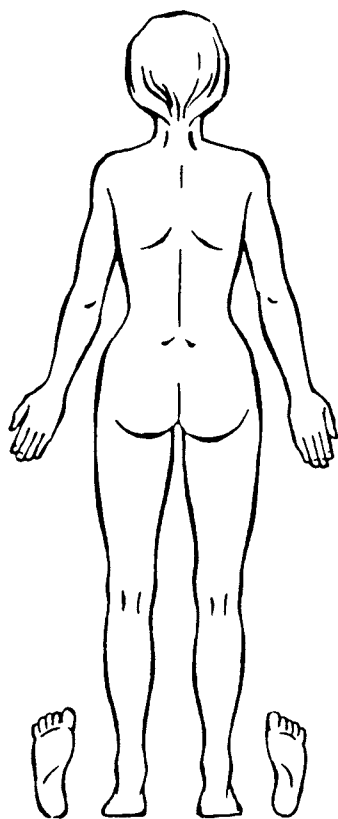
a) Smerter nå

Jeg har ingen smerte på det nåværende tidspunkt



Hvis du har smerter på det nåværende tidspunkt, tegn inn alle smerteområder på tegningen nedenfor.

Hvis du har smerter på det nåværende tidspunkt så angi med en strek – på skalaen nedenfor mellom punktene «Ingen smerte» og «Uutholdelig smerte» – hvordan du oppfatter din smerte.



I dag

Som verst siste uke

Uutholdelig
smerte

Uutholdelig
smerte

Ingen smerte

Ingen smerte

b) Har ulykken medført andre symptomer/plager enn smerter? Beskriv nærmere hvordan disse arter seg nå.

c) Er det gjort funn ved røntgenundersøkelser/MR eller lignende? Beskriv nærmere.






5 FUNKSJON

Her ser du fire skjemaer som har som mål å angi din fysiske, psykiske og sosiale tilstand. Skjemaene besvares ved på hvert enkelt skjema å slå en ring rundt TALLET til høyre for tegningen som best beskriver din nåværende situasjon.

A. FYSISK FORM

De siste 2 uker...






Hva var den fysiske belastningen du greide/ kunne greid i minst to minutter?

MEGET TUNGT (f.eks.) Løpe fort		1
TUNGT (f.eks.) jogge i rolig tempo		2
MODERAT (f.eks.) Gå i raskt tempo		3
LETT (f.eks.) Gå i vanlig tempo		4
MEGET LETT (f.eks.) Gå sakte - eller kan ikke gå		5

B. FØLELSESMESSIG PROBLEM

De siste 2 uker...






Hvor mye har du vært plaget av psykiske problemer som indre uro, angst, nedforhet eller irritabilitet?

Ikke i det hele tatt		1
Bare litt		2
Til en viss grad		3
En god del		4
Svært mye		5

C. DAGLIGE AKTIVITETER

De siste 2 uker...

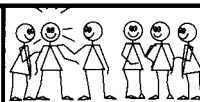

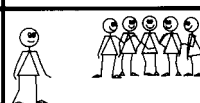
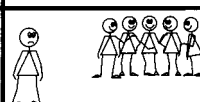
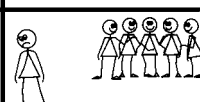
Har du hatt vansker med å utføre vanlige gjøremål eller oppgaver enten innendørs eller utendørs, p.g.a. din fysiske eller psykiske helse?

Ikke vansker i det hele tatt		1
Bare lette vansker		2
Til en viss grad		3
En god del vansker		4
Har ikke greid noe		5

D. SOSIALE AKTIVITETER

De siste 2 uker...

Har din fysiske eller psykiske helse begrenset dine sosiale aktiviteter og kontakt med familie, venner, naboer eller andre?

Ikke i det hele tatt		1
Bare litt		2
Til en viss grad		3
Ganske mye		4
I svært stor grad		5

6 ARBEID

Yrke

% stilling

Årsinntekt ca. kroner

Arbeidsgivers navn

Skaden skjedde ☐ i arbeid ☐ til/fra arbeid ☐ på fritiden

Er det noe du ikke klarer i arbeidet eller hverdagen forøvrig, som du klarte før ulykken? Beskriv nærmere.

7 HELSETILSTAND FØR ULYKKEN

a) Tidligere skader? Beskriv type skade og når den skjedde.

b) Har du de siste 3 årene før ulykken oppsøkt lege eller andre behandlere på grunn av plager i samme kroppsdel som der du er skadet nå?

☐ Nei ☐ Ja

Dato for siste konsultasjon før ulykken

DD

MM

AA

c) Har du de siste 3 årene før ulykken vært sykemeldt/arbeidsufør i mer enn to uker sammenhengende?

☐ Nei ☐ Ja

Dato for siste periode før ulykken

F.o.m. dato

DD

MM

AA

T.o.m. dato

DD

MM

AA

d) Var du sykemeldt/arbeidsufør da ulykken skjedde?

☐ Nei ☐ Ja

e) Er det flere opplysninger vedrørende din tidligere helsetilstand du mener er av betydning? Beskriv nærmere.

8 HVORDAN TROR DU SELV AT DU VIL FUNGERE OM CA. ET HALVT ÅR, NÅR DET GJELDER:

a) Fysisk aktivitet

☐ Likedan som før ulykken

☐ Dårligere enn før ulykken

b) Arbeid

☐ Likedan som før ulykken

☐ Dårligere enn før ulykken

c) Familieforhold

☐ Likedan som før ulykken

☐ Dårligere enn før ulykken

d) Fritidsaktiviteter/hobby

☐ Likedan som før ulykken

☐ Dårligere enn før ulykken

9 UNDERSKRIFT

Jeg bekrefter at opplysningene er riktige og er klar over at uriktige opplysninger kan få betydning for retten til erstatning.

Sted

Dato

Underskrift