

## 1. DEN SKADADE

Efternamn, förnamn (tilltalsnamnet stryks under)		Personnummer (åååå mm dd - nnnn)
Utdelningsadress		Tfn bostad (inkl riktnr)
Postnr	Ort	Tfn arbete (inkl riktnr)
Yrke / Sysselsättning		

## 2. GRUNDSJUKDOM

För vilken grundsjukdom behandlades Du? Diagnos?				
<div></div>				
<div><input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetsskada</div>				
Namn på den/de läkare som har behandlat Dig?		Sjukhus/Klinik		
<div></div>				
Har grundsjukdomen föranlett sjukskrivning?	Hel fr o m	t o m	Delvis fr o m	t o m
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
Har Du varit på sjukhus för grundsjukdomen?	Sjukhus		Avdelning	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				

## 3. LÄKEMEDLET

Läkemedel som antas ha orsakat skadan		
<div></div>		
Namn på den läkare som har ordinerat detta?		Sjukhus/Klinik
<div></div>		
När ordinerades läkemedlet?	För vem ordinerades läkemedlet?	Vid vilket apotek eller sjukhus är läkemedlet köpt eller utlämnat?
	<input type="checkbox"/> Den skadade <input type="checkbox"/> Annan person	
När började läkemedlet användas?	När upphörde användningen?	
Dosering. Skriv gärna av etikett (eller bifoga förpackning med etikett)		
<div></div>		
Har läkare givit ytterligare föreskrifter om läkemedlets användning?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, nämligen:		
<div></div>		
Har Du följt doseringsanvisningar och föreskrifter?	Avvikelse på följande sätt:	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<div></div>	
Har andra läkemedel använts samtidigt med ovanstående?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, följande:		
<div></div>		
Har naturläkemedel använts samtidigt med ovanstående?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, följande:		
<div></div>		

#### 4. LÄKEMEDELSSKADAN

Är skadan anmäld till Patientförsäkringen?

☐ Nej ☐ Ja

Hur vill Du beskriva läkemedelsskadan?

Övriga synpunkter på skadans uppkomst?

När märktes skadan första gången?

När uppsöktes läkare för skadan första gången?

Namn på den läkare som undersökte skadan första gången?

Sjukhus / Klinik

Vilka andra läkare, vårdinrättningar eller apotek kan lämna upplysningar?

#### 5. LÄKEMEDELSSKADANS FÖLJD

Har läkemedelsskadan föranlett sjukskrivning?

Fr o m

T o m

Återställd från läkemedelsskadan fr o m

☐ Nej ☐ Ja

Eventuella noteringar:

Har läkemedelsskadan föranlett intagning på sjukhus?

Fr o m

Utskriven från sjukhus fr o m

☐ Nej ☐ Ja

Eventuella noteringar:

#### 6. UNDERSKRIFT

##### INFORMATION OM PERSONUPPGIFTLAGEN (PUL)

Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Samtliga uppgifter, däribland personuppgifter, måste registreras, sparas och behandlas för att SLF ska kunna handlägga skadan. Uppgifterna lämnas dels av dig själv, men under handläggningen av din skada kan SLF också behöva inhämta uppgifter från andra källor, såsom sjukvårdsinstanser, din arbetsgivare, Försäkringskassan och Skatteverket.

Den som önskar upplysning om vilka personuppgifter som finns, eller som vill begära rättelse av felaktig uppgift, ska skriftligen meddela detta till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, Box 17608, 118 92 Stockholm. Ansökan ska vara egenhändigt undertecknad och innehålla uppgift om försäkrings- eller personnummer.

Särskilt av Datainspektionen förordnade Personuppgiftsombud finns utsedda vilka har till uppgift att tillse att SLF följer gällande regelverk om hantering av personuppgifter.

Ort och datum

Den skadades/vårdnadshavarens namnteckning

Ombud/god mans/förvaltares namnteckning, om sådan finns (fullmakt alternativt tingsrättens beslut bifogas)

##### SKICKA DENNA SKADEANMÄLAN TILL:

Svenska Läkemedelsförsäkringen AB  
Box 17608  
118 92 Stockholm

This image shows a full page of a document template designed for writing. It features a series of evenly spaced, light gray horizontal lines that run across the width of the page. The lines are thin and consistent in color and thickness throughout. There are no vertical margin lines, headers, footers, or other markings present on the page.

Blank lined area for additional information.