

ERSÄTTNINGSAKSÖKAN FÖR LÄKEMEDELSSKADA

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen
Östersjögatan 11-13, 00180 Helsingfors
Telefon 040 450 4640, Fax 040 450 4694
 www.lvp.fi

Läkemedels
skade
Försäkrings
poolen

Blanketten ifylls och returneras först efter det att Läkemedelsskadeförsäkringspoolen gett ett positivt ersättningsbeslut. Anvisningar för ifyllande finns på sidan 4. Denna blankett finns även på Läkemedelsskadeförsäkringspoolens webbplats.

	Skadebeteckning	Inkommen
--	-----------------	----------

Den som använt läkemedlet	Efternamn och förnamn	Personbeteckning

Post- och bankförbindelse	Utdelningsadress	Postnummer och postanstalt
	Telefon dagtid (även riktnummer)	
	Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form)	Kontoinnehavare

Meddela utdelningsadressen till vilken ersättningsbeslut och eventuella förfrågningar skall skickas samt bankkontot till vilket de ersättningar som ansöks med denna blankett skall betalas. Ett IBAN-kontonummer består av 18 tecken.

Annan ersättnings-sökandes namn	Annan ersättnings-sökandes namn (om annan än den som använt läkemedlet)	Personbeteckning
	Utdelningsadress	Postnummer och postanstalt
	Telefon dagtid (även riktnummer)	

Ifall någon annan person än den som använt läkemedlet för läkemedelsanvändarens del eller i stället för läkemedelsanvändaren eller förutom läkemedelsanvändaren söker ersättning (exempelvis om ersättning söks av intressebevakare för omyndig, änka/änkling, närstående m. fl.) skall denna persons namn och kontaktuppgifter uppges. Ifall den ersättnings-sökande vill anlita ombud skall fullmakt bifogas (modell finns på poolens webbplats).

Andra försäkringsanstalter eller andra instanser som betalar ersättning	Har den ersättnings-sökande för samma kostnader eller förluster ansökt om eller erhållit ersättning?		
	☐ från trafikförsäkringen	☐ från den lagstadgade olycksfallsförsäkringen (arbetsolycksfall eller yrkessjukdom)	☐ från patientförsäkringen
	☐ från ansvarsförsäkringen	☐ annan försäkring, vilken? _____	
	☐ från socialförvaltningen	☐ ersättning har inte ansökts eller erhållits från de här instanserna	
	Annan försäkringsanstalt, FPA-byrå eller arbetsplatskassa från vilken ersättning söktes eller som har betalat ersättning till följd av denna skada (även utrikes)		

Meddela de försäkringsbolag eller -anstalter eller andra instanser vilka betalar ersättning eller varifrån ersättning söktes till följd av läkemedelsskadan eller den sjukdom eller det handikapp vid vars behandling och vård läkemedelsskadan inträffade. Bifoga kopior av givna ersättningsbeslut eller uppge detta bolags skadenummer, ärendenummer eller dylikt.

Ersättningar som söks



1. Sjukvårds- och resekostnader (se punkt 1 på sidan 4)

Sjukvårdstid/ besöksdag	Vårdanstalt/namn och adress på privatläkaren eller annan person som gav behandling	Vårdkostnad euro	Resekostnader		
			Allmänt färdmedel Kostnad €	Eget färdmedel/ Taxi Resa km / riktning Kostnad €	

Fortsätt vid behov på skild bilaga!

Ange vård- och resekostnader för varje vårdperiod, läkarbesök eller annat vårdbesök. Bifoga **originalräkning** samt antingen **originalkvitto** eller annan **tillförlitlig** utredning över att räkningen betalats (t.ex. kopia av denna betalning på kontoutdraget). Ifall Ni fått ersättning för dessa kostnader från annat håll, bifoga givna ersättningsbeslut i original. Uppge då såsom ersättningskrav den del av kostnaderna som Ni själv stått för.

Avgiftstaket för klientavgifter inom hälsovården har uppnåtts under åren _____ (kopia av frikort som bilaga).

Om Ni söker ersättning för kostnader som uppstått vid användning av egen bil eller taxi, framför utredning över nödvändigheten av dess användning (hälsotillstånd, allmänna färdmedlens olämplighet el.dyl). Denna utredning behövs inte om FPA har godkänt att användningen av egen bil eller taxi är ersättningsgill (FPAs ersättningsbeslut skall bifogas).



2. Kostnader för läkemedel och förbandsartiklar (se punkt 2 på sidan 4)

Ersättningskrav på kostnader för läkemedel och förbandsartiklar sammanlagt _____ euro.

Bifoga apotekskvittona **i original** samt kopior av läkemedelsrecept ifall läkemedlets namn inte framgår av kvittona. Om dessa inte finns att tillgå, skall Ni av FPA eller apoteket be om en utredning över läkemedelsinköpen eller bifoga till ansökan en annan tillförlitlig utredning över de kostnader som inköp av läkemedlen gett upphov till.

Självriskgränsen för läkemedelskostnader har överskridits åren _____ (kopior av FPAs beslut som bilaga).



3. Övriga nödvändiga utgifter som uppkommit till följd av skadan (se punkt 3 på sidan 4)

Ersättningskrav på övriga utgifter som orsakats av läkemedelsskadan _____ euro.

Bifoga **originalkvitton**, utredning över vilka utgifter det är fråga om och på vilka grunder Ni söker ersättning.



4. Arbetsoförmåga och inkomstförlust (se punkt 4 på sidan 4)

Inkomstförlust har orsakats ☐ ja ☐ nej Yrke _____

Läkemedelsskadan har orsakat av läkare konstaterad arbetsoförmåga _____. _____ - _____. _____.

Arbetsgivaren har betalat lön för denna tid t.o.m. _____. _____ ☐ Arbetslös då läkemedelsskadan inträffade

Arbetsoförmågan ☐ har upphört ☐ pågår ännu ☐ har blivit bestående.

Arbetsgivarens namn _____ Namnet på den person som är ansvarig för löneadministrationen

Utdelningsadress _____ Postnummer och postanstalt _____

Telefon dagtid (även riktnummer) _____

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen ber på basis av denna information en utredning av arbetsgivaren med hjälp av vilken inkomstförlustens belopp beräknas. Ni kan även själv framföra en utredning över inkomstförlustens belopp på en skild bilaga.

Företagarens inkomstförlust utreds skilt utgående från svaren på följande frågor. Ge en utredning över varje företag, vilka Ni är verksam som företagare i (även jord- och skogsbruksföretag). Svara på skild bilaga!

- | | |
|---|--|
| a) Företagets namn, kontaktuppgifter och FO-nummer? | f) Läkemedelsskadans inverkan på arbetandet? |
| b) Företagsform, företagets verksamhetsområde och personalantal? | g) Arbetsoförmågans inverkan på företagets verksamhet? |
| c) Ågoandelen i företaget för den som använt läkemedlet? | h) Hur har arbetena ordnats under arbetsoförmögenhetstiden? |
| d) Andelen av den egna arbetsinsatsen i företagsverksamheten för den som använt läkemedlet? | i) Utredning över den inkomstförlust som uppkommit samt dess grunder (t.ex. vilka arbeten har blivit ogjorda eller uppskjutna? |
| e) Arbetsuppgifternas innehåll samt arbetsförhållandena? | |



5. Tillfälligt men (sveda och värk), bestående men samt bestående kosmetiskt men (se punkt 5 på sidan 4)

Ersättningarnas storlek fastställs på basis av den utredning som fås från sjukjournalerna och andra handlingar med tillämpning av trafikskadenämndens normer och instruktioner. Därför är det inte nödvändigt att framföra ett exakt ersättningskrav. Ni kan, om Ni önskar, på skild bilaga framföra Er egen utredning i ärendet.

Som bilaga ____st fotografier av **den slutliga** situationen vid bedömning av bestående kosmetiskt men.



6. Behov av hjälpmedel (klädbidrag) (se punkt 6 på sidan 4)

Hjälpmedel, stöd eller dylikt som är eller har varit i bruk på grund av läkemedelsskadan: _____

Har använts _____. _____ - _____. _____.

Behovet av hjälpmedel ☐ har upphört ☐ pågår ännu ☐ är bestående eller långvarigt.



7. Behov av utomstående hjälp (vårdbidrag eller ersättning åt närstående) (se punkt 7 på sidan 4)

Läkemedelsskadan har orsakat behov av utomstående hjälp _____. _____ - _____. _____.

Hjälpbehovet ☐ har upphört ☐ pågår ännu ☐ är bestående eller långvarigt.

Hjälpgivare ☐ hemtjänst ☐ hemsjukvård ☐ någon annan instans, vilken? _____



8. Underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter som jag givit på denna blankett och i dess bilagor är riktiga och att för de kostnader eller förluster som denna ansökan om ersättning gäller, inte har sökts eller erhållits ersättning från annat håll än vad i blanketten och i dess bilagor uppgivits.

Jag ger mitt samtycke till att utövare av hälso- och sjukvårdsverksamhet, apotek, skattemyndigheterna, de skadelidandes arbetsgivare, pensions- och försäkringsanstalter, Pensionsskyddscentralen och andra myndigheter får, utan hinder av sekretessbestämmelserna, ge åt Läkemedelsskadeförsäkringspoolen de uppgifter, handlingar och avgöranden beträffande hälsotillståndet hos den som använt läkemedlet och beträffande de ersättningar, pensioner och löner som den som använt läkemedlet eller annan ersättningsökande erhållit och vilka behövs för utredning och ersättningshandläggning av detta skadeärende.

Ersättningssökandens (för omyndig persons del intressebevakarens) eller det befullmäktigade ombudets (fullmakt skall bifogas, se modell på poolens webbplats) underskrift och namnförtydligande

Datum _____. _____.

Anvisningar för ifyllande

Denna blankett ifylls och returneras till Läke-medelsskadeförsäkringspoolen först efter det att poolen gett ett positivt ersättningsbeslut till följd av den skadeanmälan som gjorts tidigare. Blanketter för skadeanmälan fås från Läke-medelsskadeförsäkringspoolen och finns också på poolens webbplats.

På denna blankett har de ersättningsslag framställts för vilka det är möjligt att få ersättning från läke-medelsskadeförsäkringen. Dessutom finns det en egen blankett för ersättningar som kan sökas vid dödsfall. Blanketten fås från Läke-medelsskadeförsäkringspoolen och finns på poolens webbplats.

Ersättningsslagen som betalas från läke-medelsskadeförsäkringen bestäms i enlighet med 5 kapitlet 2–4 § i skadeståndslagen. Ersättningarnas storlek bestäms i enlighet med den ersättningsnivå som allmänt följs i skadeståndsrätten. Dessutom tillämpas de normer och instruktioner som givits av trafikskadenämnden.

Från läke-medelsskadeförsäkringen kan ersättning betalas endast för personskada som läkemedlet orsakat den som använt läkemedlet under de förutsättningar som är bestämda i försäkringsvillkoren. Sådana kostnader och förluster som skulle ha uppstått även utan läke-medelsskada ersätts inte. Från de ersättningar som utbetalas från läke-medelsskadeförsäkringen avdras ersättningar som utbetalas med stöd av olika lagar. På blanketten bes därför om uppgifter om andra försäkringsanstalter eller dylika som utbetalar ersättningar.

Ersättningar som söks

1. Sjukvårds- och resekostnader

Vårdkostnader för läke-medelsskadan ersätts enligt avgiftsnivån inom den offentliga sjukvården, ifall det inte i ansökan angetts speciella medicinska skäl att anlita privata hälsovårdstjänster. Meddela om den skadelidandes hälsovårdsvärdigheter under den tid för vilken ersättning söks har överskridit det s.k. avgiftstaket och frikort erhållits.

Det är möjligt att få ersättning för kostnader som uppstått vid användningen av taxi eller egen bil endast om utredning över nödvändigheten av användningen är bifogad.

2. Kostnader för läkemedel och förbandsartiklar

Kostnader för nödvändig, extra mediciner som uppkommit på grund av läke-medelsskadan ersätts enligt föredetta kvitton eller andra utredningar. Av utredningarna skall framgå både det pris som den skadelidande betalat för läkemedlet och läkemedlets namn. På samma sätt skall från förbandsartikelkvittona framgå vilken

produkt det är fråga om. Meddela också om den skadelidandes läkemedelskostnader under den tid för vilken ersättning söks har överskridit FPAs självrisogräns för läkemedelskostnader.

3. Övriga nödvändiga utgifter som skadan orsakat

Övriga kostnader som orsakats av den skadelidande ersätts endast om de är nödvändiga på grund av läke-medelsskadan. Originalkvitton samt utredning över kostnadernas samband med läke-medelsskadan och deras nödvändighet skall bifogas.

4. Arbetsoförmåga och inkomstförlust

Från läke-medelsskadeförsäkringen ersätts endast inkomstförlust som orsakats av extra arbetsoförmåga till följd av läke-medelsskadan. Till den del som den som använt läkemedlet redan hade varit arbetsoförmögen till följd av den sjukdom eller det handikapp som ursprungligen behandlades eller av annan orsak, kan inte ersättning för inkomstförlust betalas.

Ersättning för inkomstförlust bestäms i allmänhet genom att jämföra den förvärvsinkomst som den som använt läkemedlet hade fått utan läke-medelsskada med den förvärvsinkomst som han eller hon har fått trots läke-medelsskadan. Härvid beaktas bl.a. lön som arbetsgivaren betalat för sjukskrivningstid, sjukdagpenning samt förmåner som betalas med stöd av någon annan lag.

Företagarens inkomstförlust utreds skilt utgående från svaren på denna blanketts frågor.

5. Tillfälligt men (sveda och värk), bestående men samt bestående kosmetiskt men

Ersättning för tillfälligt men täcker den sveda, värk och annat men som uppkommit i det akuta sjukdomsskedet. På ersättningens storlek inverkar skadans art och svårighetsgrad, arten och mängden av de vårdåtgärder som krävts samt varaktigheten av det tillfälliga menet.

Storleken på bestående men samt bestående kosmetiskt men fastställs och ersättning betalas först efter det att tillståndet konstaterats vara bestående, ofta ett år efter den sista åtgärden. Ersättningen för bestående men täcker bestående funktionellt men som läke-medelsskadan orsakat. Menets storlek bestäms på medicinska grunder med hjälp av social- och hälsovårdsministeriets beslut (1012/1986) eller förordning om invaliditetsklassificeringen (1649/2009). Ersättningen som motsvarar det men som bestämts enligt detta beslut uträknas på basis av trafikskadenämndens normer. Ersättningen betalas i allmänhet som engångsersättning. För person under 18 år betalas ersättningen i två delar. Först betalas ersättning som täcker tiden upp till 18 år

och vid 18 års ålder betalas den slutliga ersättningen.

Ersättning för bestående kosmetiskt men täcker bestående men som sjukdom eller handikapp orsakat utseendet. Ersättningen bestäms efter att tillståndet stabiliserats och t.ex. läkningen av ärr upphört. Ersättningen betalas som engångsersättning.

På ersättningarnas storlek inverkar både vid bestående men och vid bestående kosmetiskt men den skadelidandes ålder. Dessa ersättningar kan höjas på basis av separat framförd utredning ifall exceptionellt men uppstår för den skadelidandes hobby eller om livskvaliteten i övrigt särskilt försämrats.

6. Behov av hjälpmedel (klädbidrag)

Om den skadelidande på grund av läke-medelsskadan måste använda hjälpmedel, som förorsakar exceptionellt slitage eller nedsmutsning av kläderna, kan man betala honom/henne ersättning i form av klädbidrag. Ersättningen betalas som dagsersättning för den tid som personen är tvungen att använda hjälpmedlet, dock inte för den tid som han/hon är i anstaltsvård.

7. Behov av utomstående hjälp (vårdbidrag eller ersättning åt närstående)

Om den skadelidande på grund av läke-medelsskadan behöver utomstående hjälp, kan man betala honom/henne ersättning i form av vårdbidrag, vars avsikt är att täcka extra kostnader som uppstår. Ersättningen betalas som dagsersättning för den tid som personen är i behov av utomstående hjälp. Ersättning betalas inte under tid för anstaltsvård.

De som står den som använt läkemedlet nära har i skador som inträffat 1.1.2006 eller senare, om det finns synnerliga skäl till det, rätt till ersättning för kostnader och inkomstförlust som vårderna av läke-medelsanvändaren orsakat dem. Rätten till ersättning gäller endast tills läke-medelsanvändarens hälsotillstånd har stabiliserats. Bifoga ett motiverat yrkande och fyll i på sidan 1 det avsnitt som berör annan ersättningsökande och i tillämpliga delar punkt 4 ifall ersättning söks för inkomstförlust. Även den närstående som söker ersättning skall underteckna ansökan och meddela kontonummer.

8. Underskrift

Den som använt läkemedlet eller annan ersättningsökande skall underteckna ersättningsansökan och samtidigt försäkra att uppgifterna som givits på blanketten och i dess bilagor är riktiga och att ersättningar inte sökts eller erhållits från annat håll än vad som meddelats på blanketten och dess bilagor. Med sin underskrift ger ersättningsökanden även sitt samtycke till införsäkrandet av sådan utredning som behövs för handläggningen av ersättningsansökan.