SKADEANMÄLAN FÖR LÄKEMEDELSSKADA

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

Läkemedels skade Försäkrings poolen

LÄKEMEDELSSKADEFÖRSÄKRINGSPOOLENS ANTECKNINGAR

Skadebeteckning	Anlänt

1. UPPGIFTER OM DEN SKADELIDANDE

Efternamn, förnamn (stryk under tilltalsnamnet)		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och postanstalt
Yrke	Telefon kl 8.00–16.00 (även riktnummer)	Bank och kontonummer
Omyndig persons intressebevakare och dennes adress		
Arbetsgivarens namn, adress och telefon		

2. SJUKDOMEN FÖR VILKEN BEHANDLING ERHÖLLS

Vilken sjukdom behandlades? Sjukdomens / skadans diagnos?

Var orsaken till sjukdomen / skadan

☐ trafikolycka ☐ arbetsolycksfall

☐ annat olycksfall, av vilket slag _____

Försäkringsanstalt / FPAs byrå, som utbetalat ersättning för ovannämnd sjukdom

3. LÄKEMEDLET

Läkemedlet som orsakat skadan

Bifoga kopia av receptet för det läkemedel som denna anmälan berör eller annan av apoteket given utredning med uppgifter om det läkemedel som Ni använt (bl.a. läkemedlets namn, styrka, vnr-nummer).

Namnet på den läkare som ordinerat läkemedlet samt vårdinrättningens namn

När ordinerades läkemedlet? _____

För vem? ☐ För den skadelidande ☐ För annan person

När inhandlades / gavs läkemedlet? _____

Var inhandlades / gavs läkemedlet? Namnet på apoteket eller vårdinrättningen

Har det läkemedel som läkaren ordinerat bytts ut på apoteket? ☐ Ja ☐ Nej

När påbörjades användningen av läkemedlet?	När avslutades användningen av läkemedlet?

Har läkaren givit tilläggsanvisningar för användningen av läkemedlet? ☐ Ja ☐ Nej

Vilka?

Har Ni följt doseringsföreskrifterna? ☐ Ja ☐ Nej

Hur har doseringen avvikit från föreskrifterna?

Har andra läkemedel använts samtidigt?

☐ Nej ☐ Ja, följande:

FORTSÄTTER

4. LÄKEMEDELSSKADAN

Hur yppade sig läkemedelsskadan?

Fortsätter på bilaga ☐

När uppsökte Ni läkare första gången p g a läkemedelsskadan?

Läkarens namn och adress / sjukhus / avdelning

Andra läkare, vårdanstalter eller apotek, som kan ge tilläggsuppgifter om läkemedelsskadan

Jag ger mitt samtycke till att mina arbetsgivare, myndigheter, utövare av hälso- och sjukvårdsverksamhet, apotek samt pensions- och försäkringsanstalter får ge ut sådana uppgifter, handlingar och avgöranden beträffande mitt hälsotillstånd och beträffande ersättningar, pensioner och lön som behövs för denna läkemedelsskadas reglering och ersättningshandläggning, utan hinder av vad som stadgats om de i denna klausul nämndas tystnadsplikt och vad gäller datasekretess om överlåtelse av personregisteruppgifter. Samma fullmakt gäller även uppgifter som skattemyndigheterna och Pensionsskyddscentralen är i besittning av.

Datering	Den skadelidandes, dennes lagliga representants eller dennes befullmäktigade ombuds (fullmakt bifogas) underskrift och namnförtydligande.

Skadeanmälan sänds till

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen
Östersjögatan 11-13
00180 HELSINGFORS