

ERSÄTTNINGSAKSÖKAN FÖR LÄKEMEDELSSKADA

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen
PB 3, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN
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?		
	<input type="checkbox"/> från trafikförsäkringen	<input type="checkbox"/> från den lagstadgade olycksfallsförsäkringen (arbetsolycksfall eller yrkessjukdom)	<input type="checkbox"/> från patientförsäkringen
	<input type="checkbox"/> från ansvarsförsäkringen	<input type="checkbox"/> annan försäkring, vilken? _____	
	<input type="checkbox"/> från socialförvaltningen	<input type="checkbox"/> 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 uppges 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 €	Resa km / riktning	Eget färdmedel/ Taxi 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 ersättningslag
framställts för vilka det är möjligt att
få ersättning från läke-medelsskadeför-
säkringen. Dessutom finns det en egen
blankett för ersättningar som kan sökas vid
dödsfall. Blanketten fås från Läke-medel-
sskadeförsäkringspoolen och finns på poolens
webbplats.

Ersättningslagen 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 läke-medlet orsakat den som använt
läke-medlet under de förutsättningar som
är bestämda i försäkringsvillkoren. Sådana
kostnader och förluster som skulle ha upp-
stått 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 er-
sätts enligt avgiftsnivån inom den offentliga
sjukvården, ifall det inte i ansökan angetts
speciella medicinska skäl att anlita privata
hälsovårdstjänster. Meddela om den ska-
delidandes hälsovårdsavgifter 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 bifo-
gad.

2. Kostnader för läke-medel och förbandsartiklar

Kostnader för nödvändig, extra medici-
nering som uppkommit på grund av läke-
medelsskadan ersätts enligt föredetta
kvitton eller andra utredningar. Av utred-
ningarna skall framgå både det pris som
den skadelidande betalat för läke-medlet
och läke-medlets namn. På samma sätt skall
från förbandsartikelkvittona framgå vilken

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

3. Övriga nödvändiga utgifter som skadan orsakat

Övriga kostnader som orsakats den ska-
delidande ersätts endast om de är nöd-
vändiga på grund av läke-medelsskadan.
Originalkvitton samt utredning över kost-
nadernas 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-me-
delsskadan. Till den del som den som
använt läke-medlet redan hade varit ar-
betsoförmögen 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 förvärvs-
inkomst som den som använt läke-medlet
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 uppkom-
mit i det akuta sjukdomsskedet. På ersätt-
ningens 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 bestå-
ende kosmetiskt men fastställs och ersätt-
ning 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). Er-
sättningen som motsvarar det men som
bestämts enligt detta beslut uträknas på
basis av trafikskadenämndens normer.
Ersättningen betalas i allmänhet som en-
gångsersättning. 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 för-
sämras.

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-me-
delsskadan 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 läke-medlet 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 vården 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
ersättningssökande 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 läke-medlet eller annan
ersättningssökande skall underteckna er-
sättningsansökan 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.