

SKADEANMÄLAN FÖR LÄKEMEDELSSKADA

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen

PB 3, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Telefon 040 450 4640, Fax 040 450 4694

www.lvp.fi

LÄKEMEDELSSKADEFÖRSÄKRINGSPOLENS ANTECKNINGAR

Läkemedels
skade
Försäkrings
poolen

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 <input type="checkbox"/> trafikolycka <input type="checkbox"/> arbetsolycksfall <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> För den skadelidande <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
När påbörjades användningen av läkemedlet?	När avslutades användningen av läkemedlet?
Har läkaren givit tilläggsanvisningar för användningen av läkemedlet? Vilka? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har Ni följt doseringsföreskrifterna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hur har doseringen avvikit från föreskrifterna?	
Har andra läkemedel använts samtidigt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, följande:	

FORTSÄTTER

