**Skadeanmälan gällande patientskada[[1]](#endnote-1)**

**(anmälan från den skadedrabbade till Kommunassurans om inträffad patientskada)**

|  |
| --- |
| Datum för anmälan: Klicka eller tryck här för att ange datum. |

|  |
| --- |
| Skadeanmälan kan skickas till Kommunassurans på något av följande alternativa sätt.1. Använd inte den blankett du har framför dig, utan i stället webbanmälan som finns på [[Kommunassurans webbplats](https://kommunassurans.se/vid-skada/ansvarsskador/anmalan-av-ansvarsskada/)](https://kommunassurans.se/vid-skada/patientskador/). Webbanmälan kan inte användas om anmälan görs genom ombud.
2. Skriv ut, skriv under, skanna in och skicka denna blankett och bilagor via e-post till skador@ksfab.se (vänligen beakta dock behovet av dataskydd gällande känsliga uppgifter).
 |
| 1. Skriv ut, skriv under och skicka denna blankett och bilagor med vanlig post till:
 | Kommunassurans Försäkring ABGrynbodgatan 14211 33 Malmö |

**1. Personuppgifter avseende dig som har drabbats av en patientskada**

|  |  |
| --- | --- |
| NamnKlicka eller tryck här för att ange text. | Personnummer (12 siffror)Klicka eller tryck här för att ange text. |
| UtdelningsadressKlicka eller tryck här för att ange text. | Telefon/mobilKlicka eller tryck här för att ange text. |
| PostnummerKlicka eller tryck här för att ange text. | OrtKlicka eller tryck här för att ange text. | E-post-adressKlicka eller tryck här för att ange text. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Fullmakt** – om den skadelidande företräds av ombud (exempelvis en anhörig)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ska den skadedrabbade företrädas av ombud i ärendet?[ ]  Ja [ ]  Nej | Ombudets relation till den skadedrabbade (frivillig uppgift): | Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Ombudets namnKlicka eller tryck här för att ange text. | MobiltelefonKlicka eller tryck här för att ange text. | Ombudets e-post-adressKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Undertecknad, som har drabbats av en patientskada som jag avser att anmäla till Kommunassurans, befullmäktigar härmed det ombud som anges ovan att företräda mig gentemot Kommunassurans och gentemot berörd kommun/vårdgivare gällande patientskadan. |
| DatumKlicka eller tryck här för att ange datum. | Den skadedrabbades underskrift |
|  | Namnförtydligande: Klicka eller tryck här för att ange text. |

 |

**2. Berörd vårdgivare**

|  |
| --- |
| Berörd kommunKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Berörd förvaltningKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Berörd vårdinrättning eller enhetKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Kontaktperson (om känt)Klicka eller tryck här för att ange text. | MobilnummerKlicka eller tryck här för att ange text. | Kontaktpersonens e-post-adressKlicka eller tryck här för att ange text. |

**3. Uppgifter om patientskadan**

|  |
| --- |
| Patientskador är en personskada som uppstått genom någon av de situationer som beskrivs i 6 § patientskadelagen. Vilken typ av patientskada har inträffat?[ ]  Undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd[ ]  Fel i eller felaktig hantering av sjukvårdsutrustning[ ]  Felaktig diagnos[ ]  Överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd[ ]  Olycksfall i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller under sjuktransport eller i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning[ ]  Ordination av läkemedel i strid med föreskrifter |
| När inträffade patientskadan?Klicka eller tryck här för att ange text. | Vilket klockslag?Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Var inträffade patientskadan?Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Beskrivning av den skada som har inträffatKlicka eller tryck här för att ange text.*Det går bra att beskriva skadan på separat papper. Ange i så fall ovan att beskrivningen bifogas.* |
| Beskrivning av vad som har hänt och hur skadan uppstodKlicka eller tryck här för att ange text.*Det går bra att beskriva vad som har hänt på separat papper. Ange i så fall ovan att beskrivningen bifogas.* |

**4. Bilagor**

Bifoga all relevant dokumentation, exempelvis bilder och utredningar. Vänligen ange nedan vilka bilagor som bifogas till skadeanmälan.

|  |  |
| --- | --- |
| Handling | Bilaga nr: |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

**5. Övrig information**

|  |
| --- |
| Eventuell kompletterande informationKlicka eller tryck här för att ange text. |

**6. Underskrift av dig som drabbats av patientskada eller av ombud enligt fullmakt**

|  |
| --- |
| Underskrift av[ ]  mig som skadedrabbad[ ]  mig i egenskap av ombud för den skadedrabbade (fullmakt måste anges i punkt 1 ovan eller bifogas) |

 Jag intygar härmed att samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga

|  |  |
| --- | --- |
| DatumKlicka eller tryck här för att ange datum. | Underskrift |
|  | NamnförtydligandeKlicka eller tryck här för att ange text. |

1. Denna blankett kan användas av den som har drabbats av en patientskada, eller dennes ombud med skriftlig fullmakt (fullmakten måste anges under punkt 1 eller bifogas separat). Skadeanmälan kan ske direkt till Kommunassurans Försäkring AB avseende de kommuner där patientförsäkring finns tecknad hos försäkringsbolaget. Alla kommuner ska ange på sin hemsida vilket försäkringsbolag som har tecknat kommunens patientförsäkring, men det går också bra att kontakta kommunen och fråga. Även Kommunassurans kan lämna uppgift om huruvida en viss kommuns patientförsäkring finns tecknad hos Kommunassurans. [↑](#endnote-ref-1)