



SKADEANMÄLAN

Behandling-/Patientskada

NOTERA - sida 1 ~~och 2~~ fylls i av patienten och sida 2 fylls i av vårdenheten.

Patientens uppgifter

För- och efternamn		Personnummer - 10 siffror
Adress		Postnr och postort
Telefon dagtid/mobil		Mejl
Kontonummer för eventuell utbetalning		
Varför uppsökte du vård?		
Var inträffade skadan? (ange namn på både vårdenhet och vårdgivare).		
När inträffade skadan?	Har du anmält skadan till vårdgivaren? Ja ☐ Nej ☐	
Beskriv skadan		

Har du behövt besöka läkare eller annan vårdgivare på grund av skadan? Om ja, ange läkarens/vårdgivarens namn, adress och telefon.

Var du sjukskriven vid behandlingstillfället? Ja ☐ Nej ☐	Om ja, ange period under vilken du varit sjukskriven.
Har du blivit sjukskriven på grund av skadan? Ja ☐ Nej ☐	Om ja, ange namn på vårdenhet och vårdgivare som utfärdat sjukintyg.
Har du haft kostnader till följd av skadan? Ja ☐ Nej ☐	Om ja, ange total summa för kostnaderna

Skicka eller lämna skadeanmälan till den vårdenhet där skadan inträffade.
Du kan också skicka den direkt till Svedea AB, Box 3489, 103 69 Stockholm

Försäkringsnummer (obligatoriskt)

Försäkringstagare

Namn		Organisationsnummer
Adress		Postnr och postort
Telefon dagtid/mobil	Mejl	
Kontaktperson		
Anledning till behandlingen/besöket		

Skada

Beskriv den genomförda behandlingen och den anmälda skadan.

Obs! Skicka med journalerna från behandlingstillfällen tillsammans med skadeanmälan**Underskrift**

Ort	Datum	Namnteckning
		Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm

0771-160 161
skadorforetag@svedea.se
svedea.se