



Skadeanmälan patientskada

Försäkringsnummer: 212727

För- och efternamn	
Personnummer	
Gatuadress	
Postnummer	
Ort	
E-postadress	
Telefonnummer	
Namn och adress till den vårdinrättning där behandlingen som orsakade skadan utfördes	
När utfördes behandlingen som orsakade skadan?	
Beskriv skadan och på vilket sätt den uppkommit	

Ort och datum

.....

Den skadade/vårdnadshavares namnteckning

.....