

Skadeanmälan

Läkemedelsskada

1. Den skadade

Efternamn, förnamn (tilltalsnamnet stryks under)	Personnummer (år, mån, dag, nr)
Utdelningsadress	
Postnummer och ortnamn	Telefon bostad (även riktnr)
Yrke/sysselsättning	Telefon arbete (även riktnr)

2. Grundsjukdom

För vilken grundsjukdom behandlades Ni? Diagnos?				
<input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetskada				
Vilken/vilka läkare har behandlat Er?				
Har grundsjukdomen föranlett sjukskrivning?	Hel fr o m	t o m	Delvis fr o m	t o m
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
Har Ni varit inlagd på sjukhus för grundsjukdomen?	Sjukhus	Avdelning		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				

3. Läkemedlet

Läkemedel som antas ha orsakat skadan	
Vem har ordinerat detta? Läkarens namn och adress eller sjukhus och avdelning	
När ordinerades det?	För vem?
	<input type="checkbox"/> Den skadade <input type="checkbox"/> Annan person
Var är det köpt eller utlämnat? Vilket apotek eller sjukhus?	
När började medlet användas?	När upphörde användningen?
Dosering. Skriv gärna av etikett (eller bifoga förpackning med etikett)	
Har läkare gett ytterligare föreskrifter om läkemedlets användning?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Har Ni följt doseringsanvisningar och föreskrifter?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Avvikelse på följande sätt:	
Har andra läkemedel använts samtidigt med ovanstående?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, följande:	
Har naturläkemedel använts samtidigt med omstående?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, följande:	

4. Läkemedelsskadan

Är skadan anmäld till Patientförsäkringen?

Nej Ja

Hur vill Ni beskriva läkemedelsskadan?

Övriga synpunkter på skadans uppkomst

När märktes skadan första gången?

När uppsöktes läkare för skadan första gången?

Vilken läkare? Namn och adress eller sjukhus och avdelning

Vilka andra läkare, vårdinrättningar eller apotek kan lämna upplysningar?

Läkemedelsskadans följd

Har läkemedelsskadan föranlett sjukskrivning?

Nej Ja

Fr o m

Återställd från läkemedelsskadan fr o m

Eventuella noteringar

Har läkemedelsskadan föranlett intagning på sjukhus?

Fr o m

Utskriven från sjukhus fr o m

Eventuella noteringar

Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort

Datum

Underskrift

Anmälan skickas till:

Zurich Insurance Ireland Limited, Filial Sverige
Läkemedelsförsäkringen
Box 5069
102 42 Stockholm

Sedan den 1 januari 2007 har Svenska Läkemedelsförsäkringen AB tagit över ansvaret från Försäkringsbolaget Zurich avseende den försäkring som skall ge skadelidande ersättning för läkemedelsskador i Sverige av läkemedel som distribuerats och använts på personer på den svenska marknaden.

Försäkringsbolaget Zurich kommer dock även fortsättningsvis att på uppdrag av Svenska Läkemedelsförsäkringen AB vara det bolag som handlägger och reglerar dessa läkemedelsskador varför denna skadeanmälan skall fyllas i så komplett som möjligt och inges till Försäkringsbolaget Zurich, Box 5069, 102 42 Stockholm. Telefon 08-579 330 00

Fullmakt och samtycke enligt Personuppgiftslag (1998:204)

Fullmakt och samtycke för till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB och Försäkringsbolaget Zurich att hos läkare och övrig sjukvårdspersonal, sjukvårds- och tandvårdsinrättningar, Försäkringskassan eller andra myndigheter, försäkringsbolag och arbetsgivare inhämta och behandla de upplysningar som behövs för bedömning av mitt ersättningskrav enligt Läkemedelsförsäkringen.

Till myndigheter räknas bl a skattemyndigheten från vilken underlag i form av till exempel kontrolluppgifter, taxeringsbesked och deklARATIONER kan behöva inhämtas.

Fullmakten och samtycket omfattar rätt att ta del av och behandla sjukjournaler, läkarintyg och liknande registerhandlingar från försäkringskassan avseende mina sjuk- och sjukskrivningsförhållanden.

Jag medger även att ovan nämnda handlingar och upplysningar får lämnas till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB och Försäkringsbolaget Zurich och att dessa i sin tur får lämna uppgifter som rör min person i försäkringsfallet till myndigheter, samt till berört läkemedelsföretag, forskning och statistikhanterare – till de tre sist nämnda kategorierna först efter det att uppgifterna avidentifierats.

Fullmakten gäller från utfärdandet och under hela skaderegleringen om den inte återkallas skriftligen. Fullmakten kan när som helst återkallas av undertecknad som då kontaktar Svenska Läkemedelsförsäkringen AB eller Försäkringsbolaget Zurich.

Ort	Datum
Namnteckning	
Namnförtydligande	
Personnummer (år, månad, dag, nummer)	

Information om Personuppgiftslag (1998:204)

Personuppgiftslagen ("PUL") innehåller regler beträffande behandling av personuppgifter. Lagens syfte är att skydda personers och i detta fall läkemedelsskadads ("Patienten") personliga integritet. För att kunna fullgöra detta åtagande gentemot Patienten enligt läkemedelsförsäkringen behöver Svenska Läkemedelsförsäkringen AB och Försäkringsbolaget Zurich, som är det bolag som på uppdrag av Svenska Läkemedelsförsäkringen AB reglerar läkemedelsskador, inhämta och bearbeta personuppgifter om Patienten. Det är uppgifter som t ex namn, adress, personnummer, telefonnummer, e-postadress och även försäkringsrelaterade uppgifter, såsom i förekommande fall Patientens hälsotillstånd.

Uppgifterna lämnar Patienten i första hand själv, men Zurich kan även behöva inhämta uppgifter från till exempel försäkringskassan, arbetsgivare, myndigheter eller läkare. Personuppgifterna kan komma att behandlas av andra som Zurich samarbetar med för att fullgöra skaderegleringen samt av högre instans vid eventuell överprövning av Zurich' beslut om ersättning.

Zurich kan även behöva lämna ut uppgifter som läkemedelsberört företag, myndigheter, forskning och statistikhanterare begär att få ta del av. Alla uppgifter om Patienten behandlas konfidentiellt och i de fall som personlig information lämnas till läkemedelsberört företag, forskning och statistikhanterare sker det endast efter det att uppgifterna avidentifierats, det vill säga inte kan identifieras till enskild patient.

Patienten har rätt att få information om de personuppgifter som finns om denne och även begära rättelse av felaktiga uppgifter. Begäran om rättelse av felaktiga uppgifter skall ske skriftligen och framställs till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, Box 17608, 118 92 Stockholm samt vara egenhändigt undertecknad.

Särskilt förordnade Personuppgiftsombud finns utsedda och registrerade hos Datainspektionen som har till uppgift att övervaka att Svenska Läkemedelsförsäkringen AB och Zurich följer gällande lagstiftning om hantering av personuppgifter.

