



Svenska Kommun  
Försäkrings AB

## SKADEANMÄLAN PATIENTSKADA

### Uppgifter om patienten

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid	Mobilnummer
E-post	Yrke/sysselsättning

### Vårdinrättning

Namnet på vårdinrättningen där behandlingen som orsakade skadan utfördes	Adress till vårdinrättningen
--	------------------------------

### Skadan

När utfördes behandlingen som orsakade skadan? (År, månad, dag)	När skadan inträffade gavs vård på grund av: <input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetskada <input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken:
Beskrivning av skadan (Räcker inte skrivutrymmet till? Använd nästa på denna blankett eller skriv på separat bilaga)	

### Underskrift

Ort och datum	Den skadades/vårdnadshavares namnteckning
Ombud/god mans/förvaltarens namnteckning, om sådan finns	

Fortsättning av redogörelsen (*Räcker inte skrivutrymmet till? Skriv på separat bilaga*)

**Adress**

Svenska Kommun Försäkrings AB  
Drottninggatan 35  
803 11 Gävle

eller via **e-post:**  
kundteam@skfab.se