

## Anmeldelse af behandlingsskade

Udfyldes af pårørende mv., når patienten er død

For at vi kan påbegynde behandlingen af sagen, skal vi modtage en skifteretsattest vedrørende boet efter afdøde. Du skal derfor sende en kopi af skifteretsattesten sammen med anmeldelsen.

### 1. Afdøde (skriv af sikkerhedshensyn venligst afdødes navn og CPR-nr. på alle sider)

Fornavn(e):	Efternavn:	Stilling da skaden skete:
CPR-nr.:	Dødsdato:	Arbejdsgiver da skaden skete:

### 2. Anmelderoplysninger

Fornavn(e):	Efternavn:	CPR-nr./CVR-nr.:
Adresse:	Postnr.:	By:
Din relation til afdøde:	Tlf.nr.:	E-mail:

### 3. Oprindelig årsag til behandling?

Vi skal vide, hvad årsagen til den oprindelige behandling var. Det er altså ikke behandlingsskaden, vi spørger til.

Trafikulykke. Hvilken? \_\_\_\_\_

Arbejdsulykke eller arbejdsbetinget skade. Hvilken? \_\_\_\_\_

Er sagen anmeldt til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring      Ja     Nej

Hvis afdøde oprindeligt blev behandlet for en arbejdsulykke, vil nogle erstatningsposter være dækket efter arbejdssikringsloven og andre efter klage- og erstatningsansvarsloven. Du skal derfor også anmelde sagen til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Se information på [www.aes.dk](http://www.aes.dk).

Andet ulykkestilfælde. Hvilket? \_\_\_\_\_

Sygdom. Hvilken? \_\_\_\_\_

Var med i forsøg som rask forsøgsperson. Hvilket forsøg? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Donor (gælder ikke bloddonorere)

Andet. Hvad? \_\_\_\_\_

Er sagen anmeldt til privat forsikrings-selskab?    Ja     Nej

Hvis ja, hvilket?: \_\_\_\_\_      Police- eller skadenummer: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_

#### 4. Periode for behandling

I hvilken/hvilke perioder er sygdommen/skaden efter uheldet behandlet? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 5. Behandlingskaden

Hvilken skade fik afdøde ved behandlingen, og hvordan skete skaden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dato for skaden (dag-måned-år): \_\_\_\_\_

Hvornår blev du/I klar over, at der var tale om en skade (dag-måned-år)? \_\_\_\_\_

Hvor i sundhedsvæsenet skete den eventuelle skade? (Navn på evt. hospital eller navn og adresse på evt. praktiserende læge eller anden autoriseret sundhedsperson)

\_\_\_\_\_

Er skaden behandlet andre steder? Ja  Nej

Hvis ja, hvor? (Navn på evt. hospital eller navn og adresse på f.eks. speciallæge, fysioterapeut)

Behandlingsdato eller behandlingsperiode? \_\_\_\_\_

#### 6. Sygemelding

Har afdøde været sygemeldt som følge af behandlingsskaden? Ja  Nej  ved ikke

Hvis ja angiv evt. periode/perioder:

Dag-måned-år: Fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_

Dag-måned-år: Fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_

#### 7. Tab af indkomst

Havde afdøde indkomsttab som følge af behandlingsskaden? Ja  Nej

Hvis ja, angiv evt. cirkabeløb \_\_\_\_\_ kr.

Havde afdøde andre udgifter som følge af skaden? (*Herunder medicin, behandling, transport m.v.*)

Ja  Nej

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Hvis ja, angiv cirkabeløb \_\_\_\_\_kr.

**NBI Husk at gemme alle kvitteringer, boner m.v.**

Vi gør opmærksom på, at Patienterstatningen ikke dækker eventuelle advokatomkostninger.

### 8. Praktiserende læge

Vi kan få brug for at indhente oplysninger fra egen læge i forbindelse med vores behandling af sagen. Hvis du kender navn og adresse på afdødes læge, skal du derfor oplyse det her:

### 9. Digital kommunikation med Patienterstatningen – Netservice

Du kan anvende NemID til at få digital adgang til sagen. På den måde har du direkte adgang til alle registrerede data og dokumenter i sagen, og du vil modtage digital post fra os. Du kan også sende post til os via Netservice.

Hvis du tilmelder dig Netservice, vil du nogle dage efter, at Patienterstatningen har modtaget anmeldelsen, modtage en e-mail om, at sagen er oprettet og er synlig i Netservice. Du får herefter post fra os digitalt via Netservice. Vi sender dig derfor ikke længere almindelige breve med posten.

Jeg ønsker digital adgang og kommunikation: Ja  Nej

Angiv den e-mailadresse som du ønsker at modtage beskeder til: \_\_\_\_\_

Husk: Hvis du giver fuldmagt til en anden person – se nedenfor – er det denne person, der modtager post i sagen.

### 10. Fuldmagt - Skal en anden person hjælpe dig med sagen?

Hvis du ønsker, at vi skal kommunikere (skriftligt og mundligt) med en anden end dig om sagen fx et familiemedlem, skal du svare ja. Vedkommende vil så være den, der følger sagen, og som vi vil skrive til.

Fornavn:	Efternavn:	Relation til dig:	Evt. virksomhedsnavn:
Adresse:	Postnr.:	By:	CVR/CPR-nr:
Tlf.nr.:	Mobilnummer:	Relation til afdøde:	E-mail:

### 11. Underskrift

Jeg bekræfter, at de oplysninger, jeg har afgivet, er rigtige. Jeg har læst bilag 1 om samtykke og giver samtykke til, at Patienterstatningen kan indhente og videregive de oplysninger, som er nævnt i bilag 1.

Dato og underskrift \_\_\_\_\_

### 12. Bemærkningsfelt til eventuelle yderligere oplysninger




Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_

## Bilag 1 - Samtykke

Jeg giver samtykke til,

- at Patienterstatningen kan indhente oplysninger, som Patienterstatningen skønner er af betydning for behandling af erstatningssagen, fra hospitaler, læger og andre sundhedspersoner, institutioner, kommuner, regioner, SKAT, Sundhedsstyrelsen, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, forsikringselskaber mv., jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 37, stk. 1. Mit samtykke betyder, at sundhedspersoner, behandlingssteder, myndigheder mv. kan finde oplysningerne til sagen ved opslag i journalsystemer, fx eget journalsystem og e-journal, og også kan foretage opslag i medicinoplysninger på Fælles Medicinkort og Det Danske Vaccinationsregister, hvis det er relevant for erstatningssagens behandling.
- at Patienterstatningen kan videregive helbredsoplysninger og andre personoplysninger til sagens parter, dvs. regioner, forsikringselskaber, hospitaler, læger og andre sundhedspersoner. Patienterstatningen kan desuden videregive oplysninger til offentlige myndigheder, forsikringselskaber mv. i det omfang, det sker som et nødvendigt led i behandlingen af erstatningssagen. Oplysninger fra sagen kan også indgå i forskning.

### Information om Patienterstatningens behandling af dine personoplysninger

#### *Vi er den dataansvarlige*

Patienterstatningen er dataansvarlig for behandling af de personoplysninger, som vi modtager. Her er vores kontaktoplysninger:

Patienterstatningen

Kalvebod Brygge 45

1560 København V

Telefon: 33 12 43 43

Mail: [pebl@patienterstatningen.dk](mailto:pebl@patienterstatningen.dk)

#### *Databeskyttelsesrådgiver*

Hvis du har spørgsmål til vores behandling af personoplysninger, kan du kontakte vores databeskyttelsesrådgiver ved at sende en e-mail til: [dpo@patienterstatningen.dk](mailto:dpo@patienterstatningen.dk)

#### *Formål og retsgrundlag*

Vi behandler personoplysninger med det formål at vurdere, om der kan tilkendes erstatning for en behandlings- eller lægemiddelskade. Vi afgør sagen efter reglerne i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og erstatningsansvarsloven.

Vi indhenter oplysninger til brug for sagen på grundlag af dit samtykke. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage, men hvis vi ikke har dit samtykke til at indhente oplysninger, kan vi ikke behandle sagen.

#### *Kategorier af personoplysninger*

Vi behandler både almindelige og følsomme personoplysninger. Det drejer sig især om helbredsoplysninger, men også andre oplysninger om rent private forhold kan indgå i sagen.

#### *Opbevaring af personoplysninger*

Vi opbevarer personoplysningerne, så længe der er et retligt behov for oplysningerne.

#### *Dine rettigheder*

Du har efter databeskyttelsesforordningen en række rettigheder i forhold til vores behandling af personoplysninger. Hvis du vil gøre brug af dine rettigheder, skal du kontakte os.

#### Ret til at se oplysninger (indsigtsret)

Du har ret til at få indsigt i de oplysninger, som vi behandler om dig, samt en række yderligere oplysninger. Du kan se de oplysninger, vi har om dig ved at logge ind med Nem-id under "Følg din sag" på Patienterstatningens hjemmeside. Er sagen afsluttet, skal du kontakte os, så vi kan give dig adgang igen.

#### Ret til berigtigelse (rettelse)

Du har ret til at få urigtige oplysninger om dig selv rettet.

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_

#### Ret til sletning

I særlige tilfælde har du ret til at få slettet oplysninger om dig.

#### Ret til begrænsning af behandling

Du har i visse tilfælde ret til at få behandlingen af dine personoplysninger begrænset.

#### Ret til indsigelse

Du har ret til at gøre indsigelse mod vores behandling af dine personoplysninger.

#### Ret til at transmittere oplysninger (dataportabilitet)

Du har i visse tilfælde ret til at modtage dine personoplysninger i et struktureret, almindeligt anvendt og maskinlæsbart format samt at få overført disse personoplysninger fra én dataansvarlig til en anden uden hindring.

Du kan læse mere om dine rettigheder i Datatilsynets vejledning om de registreredes rettigheder, som du finder på [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk).

#### *Klage til Datatilsynet*

Du har ret til at indgive en klage til Datatilsynet, hvis du er utilfreds med den måde, vi behandler dine personoplysninger på. Du finder Datatilsynets kontaktoplysninger på [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk).