

Anmeldelse af behandlingsskade

1. Navn, adresse mv. (skriv af sikkerhedshensyn venligst dit navn og CPR-nr. på alle sider)

| | | |
|-------------------------------|--------------|-------------------------------|
| Fornavn(e): | Efternavn: | CPR-nr.: |
| Adresse: | Postnr.: | By: |
| Tlf.nr.: | Mobilnummer: | Stilling/job da skaden skete: |
| Arbejdsgiver da skaden skete: | E-mail: | |

2. 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 du oprindeligt blev behandlet for en arbejdsulykke, vil nogle erstatningsposter være dækket efter arbejdssikringsloven og andre efter klage- og erstatningsansvarsloven. Du skal derfor også anmelde din sag til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Se information på www.aes.dk.

Andet ulykkestilfælde. Hvilket? _____

Sygdom. Hvilken? _____

Var med i forsøg som rask forsøgsperson. Hvilket forsøg? _____

Donor (gælder ikke bloddonorer)

Andet. Hvad? _____

Er sagen anmeldt til privat forsikringselskab? Ja Nej

Hvis ja, hvilket? _____ Police- eller skadenummer: _____

3. Periode for behandling

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

Bliver du fortsat behandlet for din sygdom/skaden efter uheldet?

Navn: _____

CPR-nr.: _____

4. Behandlingsskaden

Hvilken skade fik du ved behandlingen, og hvordan skete skaden? _____

Dato for skaden (dag-måned-år): _____

Hvornår blev du 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 fx speciallæge, fysioterapeut)

Behandlingsdato eller behandlingsperiode? _____

5. Andre forholdHar du fortsat gener efter patientskaden? Ja Nej

Hvis ja, hvilke? _____

Har du været helt eller delvist sygemeldt på grund af skaden? Ja helt Ja delvist Nej

Hvis ja, angiv periode/perioder

Dag-måned-år: Fra _____ til _____

Dag-måned-år: Fra _____ til _____

Har du haft indkomsttab som følge af skaden? Ja Nej

Hvis ja, angiv cirkabeløb _____ kr.

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Har du haft andre udgifter som følge af skaden? (*Herunder medicin, behandling, transport m.v.*)

Ja Nej

Hvis ja, angiv cirkabeløb _____ kr.

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

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

6. Din praktiserende læge

Vi kan få brug for at indhente oplysninger fra din praktiserende læge i forbindelse med vores behandling af sagen. Du skal derfor oplyse navn og adresse på din læge:

—

—

7. 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.

8. Fuldmagt - Skal en anden person hjælpe dig med din sag?

Hvis du ønsker, at vi skal kommunikere (skriftligt og mundtligt) med en anden end dig om din sag fx et familiemedlem, skal du svare ja. Vedkommende vil så være den, der følger din sag, og som vi vil skrive til, mens en eventuel erstatning vil blive udbetalt direkte til dig.

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

9. 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 _____

10. 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, forsikringsselskaber 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 om mig til sagens parter, dvs. regioner, forsikringsselskaber, hospitaler, læger og andre sundhedspersoner. Patienterstatningen kan desuden videregive oplysninger til offentlige myndigheder, forsikringsselskaber mv. i det omfang, det sker som et nødvendigt led i behandlingen af erstatningssagen. Oplysninger fra sagen kan også indgå i forskning

Særligt vedrørende børn mellem 15-17 år

Hvis sagen vedrører dit 15-17 årige barn, skal du printe "Samtykkeerklæring fra barn 15-17 år", som dit barn skal underskrive. Samtykkeerklæringen skal eftersendes.

Information om Patienterstatningens behandling af dine personoplysninger

Vi er den dataansvarlige

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

Patienterstatningen

Kalvebod Brygge 45

1560 København V

Telefon: 33 12 43 43

Mail: pebl@patienterstatningen.dk

Databeskyttelsesrådgiver

Hvis du har spørgsmål til vores behandling af dine oplysninger, kan du kontakte vores databeskyttelsesrådgiver ved at sende en e-mail til: dpo@patienterstatningen.dk

Formål og retsgrundlag

Vi behandler dine personoplysninger med det formål at vurdere, om du er berettiget til 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 din sag.

Kategorier af personoplysninger

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

Opbevaring af dine personoplysninger

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

Dine rettigheder

Du har efter databeskyttelsesforordningen en række rettigheder i forhold til vores behandling af oplysninger om dig. 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 din sag afsluttet, skal du kontakte os, så vi kan give dig adgang igen.

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Ret til berigtigelse (rettelse)

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

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.

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.