

## Anmeldelse af lægemiddelskade

### 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

Hvilken sygdom blev du behandlet for? \_\_\_\_\_

Hvem har behandlet dig for sygdommen? (Navn på evt. sygehus og/eller navn og adresse på evt. praktiserende læge eller anden autoriseret sundhedsperson)

\_\_\_\_\_

### 3. Periode for behandling

I hvilken/hvilke perioder er sygdommen behandlet?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bliver du fortsat behandlet for din sygdom? \_\_\_\_\_

### 4. Lægemidlet

Hvad hedder det lægemiddel, der er skyld i skaden?

\_\_\_\_\_

Kender du navnet på det medicinalfirma, der har produceret lægemidlet? Ja  Nej

Hvis ja, hvilket? \_\_\_\_\_

Hvem har ordineret lægemidlet? (navn på evt. sygehus eller navn og adresse på evt. praktiserende læge)

\_\_\_\_\_

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

Hvornår er begyndte du at bruge lægemidlet? (dag-måned-år):	Hvornår er lægemidlet udleveret? (dag-måned-år)
Er lægemidlet ordineret til dig? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
I hvilke doser er lægemidlet ordineret? (Gerne afskrift af etikette fra glas, indpakning eller lignende)	
Har du fulgt lægens ordination? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis nej, oplys hvordan lægemidlet har været anvendt _____	
Er du ophørt med at bruge lægemidlet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvornår ophørte brugen? (Dag-måned-år): _____	
Har du fået anden medicin samtidig? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken? _____	

### 5. Lægemiddelskaden

Beskrive lægemiddelskaden: _____ _____	
Hvornår mærkede du skaden første gang? (dag-måned-år):	Hvornår opsøgte du læge for skaden første gang? (dag-måned-år):
Hvornår blev du klar over, at det var lægemidlet, der var skyld i skaden? (dag-måned-år):	
Hvilken læge opsøgte du? (navn på evt. sygehus og/eller navn og adresse på evt. praktiserende læge)	

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

Hvilke andre læger, sygehuse m.v. kan give oplysninger? (*navn på evt. sygehus eller navn og adresse på evt. praktiserende læge*)

## 6. Andre forhold

Har du fortsat gener efter skaden? 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 \_\_\_\_\_

Fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_

Er du raskmeldt nu?  Ja  Nej

Har du haft indkomstab som følge af skaden?  Ja  Nej

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

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.

## 7. 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:

## 8. Digital kommunikation med Patienterstatningen – Netservice

Du kan anvende Nem-ID 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.



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


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, apoteker, institutioner, kommuner, regioner, SKAT, Sundhedsstyrelsen, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, forsikringsselskaber mv., jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 58, stk. 1. Patienterstatningen kan desuden fra Sundhedsdatastyrelsen hente oplysninger om ordination af lægemidler, jf. apotekerlovens § 11, stk. 3. 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. hospitaler, læger og andre sundhedspersoner samt Sundheds- og Ældreministeriet. Patienterstatningen kan desuden videregive oplysninger til offentlige myndigheder, forsikringsselskaber mv. i det omfang, det sker som et nødvendigt led i behandlingen af min erstatningssag. Oplysninger fra sagen kan også indgå i forskning.
- Jeg er orienteret om, at Patienterstatningens afgørelse i sagen sendes til mig eller min evt. partsrepræsentant, Lægemiddelstyrelsen og efter omstændighederne sundhedsmyndigheder, vedkommende lægemiddelproducent eller sundhedspersoner med berettiget interesse i sagen. Jeg er også orienteret om, at uddrag af afgørelsen sendes til Styrelsen for Patientsikkerhed, der udbetaler en evt. erstatning i sagen, jf. § 3 i bekendtgørelse nr. 428 af 9. maj 2011 om administration af sager om lægemiddelskadeerstatninger. Hvis anmeldelsen er af alvorlig eller principiel karakter, kan Patienterstatningen underrette Lægemiddelstyrelsen om anmeldelsen, jf. bekendtgørelsens § 2.

### 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 vedlægges.

## 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](mailto: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](mailto: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.

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

### *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.

#### 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](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).