

## Skadeanmälan

Kommun

Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola)

Telefon

Verksamhetens adress

## Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-mail

## Beskrivning av händelsen

När inträffade olycksfallet?

På väg till/från verksamheten:

I verksamheten:

På fritiden:

Datum

Tidpunkt för olycksfallet

Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt

Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till?

Har den försäkrade anlitat läkare/tandläkare? Ja  Nej 

Om Ja, ange adress till vårdgivare

Inlagd på sjukhus

Från datum

Till datum

Behandlas du fortfarande?

Ja  Nej 

Befaras framtida men?

Ja  Nej  Vet ej 

Om "Ja", vilken typ?

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Ja  Nej  Om "Ja", ange datum: