



Så här fyller du i blanketten elektroniskt.

Den här blanketten kan du fylla i elektroniskt. Vi behöver dock din underskrift så därför måste blanketten skrivas ut och skickas in till Kammarkollegiet via post. Du kan även skanna in blanketten efter att du skrivit under den och sända den via e-post. För att du ska få ett snabbare beslut från oss är det viktigt att blanketten är korrekt ifylld samt undertecknad. Observera att blanketten ska skrivas ut på vitt papper.

1. Den skadade

Utsändande myndighet	Avtal	Stationeringsort
----------------------	-------	------------------

Namn	Utsänd	Medföljande
------	--------	-------------

Personnummer	Adress	E-post/telefon	Medföljandes namn och personnummer
--------------	--------	----------------	------------------------------------

Datum för vaccination

2. Läkemedel

Vilket vaccin avser anmälan	Sjukhus/vårdgivare	Klinik
-----------------------------	--------------------	--------

Datum för dos 1	Datum för dos 2	Intyg från vaccinationsgivaren (bifogas) <input type="checkbox"/> Dos 1 <input type="checkbox"/> Dos 2
-----------------	-----------------	---

Har andra läkemedel använts samtidigt? I så fall vilka?	Har naturläkemedel använts samtidigt? Vilket?
---	---

3. Läkemedelsskadan

Är skadan anmäld till annan försäkring eller motsvarande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilket bolag/annan?
---	---------------------

Beskriv kortfattat vilken läkemedelsskada eller vilka besvär du drabbats av.
--

När märktes skadan första gången?	När uppsöktes läkare för första gången?	Ange sjukhus/vårdgivare som undersökte skadan första gången.
-----------------------------------	---	--

Vilka andra vårdgivare/sjukhus har du besökt?

4. Läkemedelsskadans följer

Har skadan föranlett sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Från och med – till och med.
	Återställd:

Vi behandlar personuppgifter bl.a. i syfte att utreda, reglera och administrera skadeärenden. För detta syfte inhämtar vi normalt känsliga personuppgifter om dig. Vid behandling av dina personuppgifter i samband med din skadeanmälan stödjer vi oss därför på den rättsliga grunden: Fastställa, göra gällande eller försvara rättsliga anspråk. För mer information om vår behandling av personuppgifter, vänligen läs på kammarkollegiets hemsida, kammarkollegiet.se

5. Underskrift

Genom undertecknandet av denna skadeanmälan ger jag Kammarkollegiet rätt att hos att läkare eller annan vård personal, sjukhus, tandvård- eller annan vård inrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, landstingsarkiv, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut, min arbetsgivare, Skatteverket, annan myndighet eller annan berörd person inhämta de upplysningar, journaler, hälsouppgifter, sjukskrivningsförhållanden, register-handlingar, intyg, kontrolluppgifter, taxeringsbesked, inkomstdeklarationer m.m., som Kammarkollegiet anser sig behöva för bedömning av mitt ersättningskrav enligt min skadeanmälan till kollegiet. Kammarkollegiet ges härigenom även rätt att, vid regleringen av min skadeanmälan till kollegiet, delge medicinsk rådgivare eller annan tredje part de uppgifter Kammarkollegiet erhåller enligt ovan och kollegiets bedömning.

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------