

## 1. Uppgifter om patienten

Namn	Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer																				
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

## 2. Var inträffade anmäld skada?

Sjukhus/vårdenhet och klinik	Sjukhus och klinikkod																				
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Adress																					

## 3. Vårdorsak då anmäld skada inträffade

Huvudiagnos för vård då skadan inträffade	Klassifikationskod (ICD-10)																				
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Operation alternativt vårdåtgärd om skadan kan ha samband med denna	Kod (KKÅ, KVÅ, KRÅ, KÅP)																				
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Var patienten sjukskriven vid tillfället? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja fr.o.m.	Trolig friskskrivningstidpunkt om skadan inte inträffat																				
Var patienten inlagd på sjukhus vid tillfället? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja fr.o.m.																					

## 4. Följder av anmäld skada?

Skadediagnos (till exempel blödning vid ingrepp T81.0 – i allmänhet O00-99, T20-32, T36-50, T80-88)	Kod (ICD-10)																				
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Orsakskod (i allmänhet Y40-84, Y88, X40-44)	Kod (ICD-10)																				
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Vilken operation alternativt behandlingsåtgärd har genomförts på grund av skadan	Kod (ICD-10)																				
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Har skadan medfört sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja fr.o.m.	Återställd/friskskriven																				
Har skadan medfört inläggning på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja fr.o.m.	Utskriven																				
Har skadan medfört bestående men? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja fr.o.m.	<input type="checkbox"/> Kan ännu inte bedömas																				

## 5. Utlåtande om anmäld skada

<input type="checkbox"/> Fortsättning på nästa sida

## 6. Övriga vårdgivare

Har patienten behandlats vid annan klinik/vårdenhet?

## 7. Uppgiftslämnarens underskrift

Vårdenhet/Klinik	Namnteckning	
Datum	Namnförtydligande	Titel

Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Läkarutlåtande (fortsättning från föregående sida)**

**OBS! För att Patientförsäkringen LÖF ska kunna utreda anmäld skada ber vi er bifoga eventuellt beställda medicinska handlingar.**

Utlåtandet skickas till: Patientförsäkringen LÖF, Box 17830, 118 94 Stockholm