SKADEANMÄLAN PATIENTSKADA – STORFORS KOMMUN

Försäkringsnummer: 326890

|  |  |
| --- | --- |
| För- och efternamn |  |
| Personnummer |  |
| Gatuadress |  |
| Postnummer |  |
| Ort |  |
| E-postadress |  |
| Telefonnummer |  |
|  |  |
| Namn och adress till den vårdinrättning där behandlingen som orsakade skadan utfördes |  |
| När utfördes behandlingen som orsakade skadan? |  |
| Beskriv skadan och på vilket sätt den uppkommit |  |

Ort och datum

………………………………………………………………..

Den skadade/vårdnadshavares namnteckning

………………………………………………………………………….