



Ersättningskrav för patientens skadade/förlorade lös egendom

Patientens namn	Personnummer
Adress	
Telefonnummer	Kontonummer i IBAN-format
Specificering av ersättningskravet och förklaring över händelseförloppet och tidpunkt	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Samtycke	
För utredningen av detta ersättningsärende får man som hjälp använda anteckningarna i min patientjournal oaktat vad som är stadgat om sekretess gällande handlingar samt myndighets, läkares och annan vårdpersonals tystnadsplikt.	
JA ____ NEJ ____	
Den totala summan på skadeståndskravet	
(euro)	
Jag intygar att ovannämnda uppgifter är riktiga	
Datum ____ / ____ 20____	Den sökandes underteckning

Patienten returnerar blanketten till vårdenheten

Ansvarsenhetens namn och nummer	Händelsedatum
Enhetens utredning	
<hr/> <hr/> <hr/>	

Avdelningen/polikliniken returnerar blanketten ifylld till förvaltningsdirektören. En kopia på blanketten bifogas beslutet åt patienten.