

## Anmeldelse af lægemiddelskade

### 1. Navn, adresse mv. (skriv af sikkerhedshensyn venligst dit navn og CPR-nr. på alle sider)

Fornavn(e):	Efternavn:	CPR-nr.
Adresse:	Postnr.:	By:
Tlf.nr.:	Mobilnummer:	Stilling/job da skaden skete:
Arbejdsgiver da skaden skete:	E-mail:	

### 2. Oprindelig årsag til behandling

Hvilken sygdom blev du behandlet for? \_\_\_\_\_

Hvem har behandlet dig for sygdommen? (Navn på evt. sygehus og/eller navn og adresse på evt. praktiserende læge eller anden autoriseret sundhedsperson)

\_\_\_\_\_

### 3. Periode for behandling

I hvilken/hvilke perioder er sygdommen behandlet? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bliver du fortsat behandlet for din sygdom? \_\_\_\_\_

### 4. Lægemidlet

Hvad hedder det lægemiddel, der er skyld i skaden? \_\_\_\_\_

Kender du navnet på det medicinalfirma, der har produceret lægemidlet? Ja  Nej

Hvis ja, hvilket? \_\_\_\_\_

Hvem har ordineret lægemidlet? (navn på evt. sygehus eller navn og adresse på evt. praktiserende læge)

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Hvornår er begyndte du at bruge lægemidlet? (dag-måned-år):	Hvornår er lægemidlet udleveret? (dag-måned-år)
Er lægemidlet ordineret til dig? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
I hvilke doser er lægemidlet ordineret? (Gerne afskrift af etikette fra glas, indpakning eller lignende)	
Har du fulgt lægens ordination? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis nej, oplys hvordan lægemidlet har været anvendt _____	
Er du ophørt med at bruge lægemidlet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvornår ophørte brugen? (Dag-måned-år): _____	
Har du fået anden medicin samtidig? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken? _____	

### 5. Lægemedelskaden

Beskrive lægemiddelskaden: _____ _____	
Hvornår mærkede du skaden første gang? (dag-måned-år):	Hvornår opsøgte du læge for skaden første gang? (dag-måned-år):
Hvornår blev du klar over, at det var lægemidlet, der var skyld i skaden? (dag-måned-år):	
Hvilken læge opsøgte du? (navn på evt. sygehus og/eller navn og adresse på evt. praktiserende læge)	
Hvilke andre læger, sygehuse m.v. kan give oplysninger? (navn på evt. sygehus eller navn og adresse på evt. praktiserende læge) _____	

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_

## 6. Andre forhold

Har du fortsat gener efter skaden? Ja  Nej

Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_

Har du været helt eller delvist sygemeldt på grund af skaden?  Ja helt  Ja delvist  Nej

Hvis ja, angiv periode/perioder: (dag-måned-år):

Fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_

Fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_

Er du raskmeldt nu?  Ja  Nej

Har du haft indkomstab som følge af skaden?  Ja  Nej

Hvis ja, angiv cirkabeløb \_\_\_\_\_ kr.

Har du haft andre udgifter som følge af skaden? (*Herunder medicin, behandling, transport m.v.*)

Ja  Nej

Hvis ja, angiv cirkabeløb \_\_\_\_\_ kr.

**NBI Husk at gemme alle kvitteringer, boner m.v.**

Vi gør opmærksom på, at Patienterstatningen ikke dækker eventuelle advokatomkostninger.

## 7. Din praktiserende læge

Vi kan få brug for at indhente oplysninger fra din praktiserende læge i forbindelse med vores behandling af sagen. Du skal derfor oplyse navn og adresse på din læge:

## 8. Digital kommunikation med Patienterstatningen – Netservice

Du kan anvende Nem-ID til at få digital adgang til sagen. På den måde har du direkte adgang til alle registrerede data og dokumenter i sagen, og du vil modtage digital post fra os. Du kan også sende post til os via Netservice.

Hvis du tilmelder dig Netservice, vil du nogle dage efter at Patienterstatningen har modtaget anmeldelsen modtage en e-mail om, at sagen er oprettet og er synlig i Netservice. Du får herefter post fra os digitalt via Netservice. Vi sender dig derfor ikke længere almindelige breve med posten.

Jeg ønsker digital adgang og kommunikation:  Ja  Nej

Hvis ja, angiv den e-mailadresse som du ønsker at modtage beskeder til: \_\_\_\_\_

Husk: Hvis du giver fuldmagt til en anden person, – se nedenfor – er det denne person, der modtager post i sagen.

