

Kommun

Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola)

Telefon

Verksamhetens adress

Personuppgifter

| | | |
|---------------|-------------|--------------|
| Efternamn | Förnamn | Personnummer |
| Adress | Postnummer | Postort |
| Telefonnummer | Mobilnummer | E-mail |

Beskrivning av händelsen

| | | |
|---|-------|---------------------------|
| När inträffade olycksfallet? På väg till/från verksamheten: I verksamheten: På fritiden: | Datum | Tidpunkt för olycksfallet |
|---|-------|---------------------------|

Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt

Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till?

Har den försäkrade anlitat läkare/tandläkare? Ja Nej

Om Ja, ange adress till vårdgivare

| | | |
|-------------------|------------|------------|
| Inlagd på sjukhus | Från datum | Till datum |
|-------------------|------------|------------|

Behandlas du fortfarande? Ja Nej

Befaras framtida men? Ja Nej Vet ej

Om "Ja", vilken typ?

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Ja Nej Om "Ja", ange datum:

