

Alle spørgsmål / afsnit skal udfyldes af tilskadekomne

Beskrivelse af ulykkestilfældet	Hvornår skete ulykkestilfældet? <input type="text"/> dag, den <input type="text"/> / <input type="text"/> år <input type="text"/> kl. (0 - 24) <input type="text"/>
	Hvor skete ulykkestilfældet?
Beskrivelse af skaden og hændelsen	Hvad er der sket af personskade?
	Hvordan kom du til skade? (Beskriv hændelsen så det klart fremgår, hvad der skete og hvad der var den direkte årsag til skaden)
Lægehjælp	Hos hvem og hvornår blev du behandlet/undersøgt 1. gang efter skaden?
	Hos: Angiv navn og adresse på behandlingssted
	Dato:
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol, operation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Hvis ja, hos hvem, navn og adresse samt hvornår?
	Dato:
Helbred/Tidligere skader	Var du syg/sygemeldt på skadetidspunktet, altså før skadens indtræden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Hvis ja, på grund af hvad?
	Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Hvis ja, hvilken sygdom?
	Hvornår opstod sygdommen (årstal)
	Har du før uheldet haft behandlingskrævende gener på nu skadet/skadede legemsdel/legemsdele? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Hvis ja, hvilken?
	Hvornår (årstal) opstod generne, og hvor blev du behandlet?
	Hvordan opstod generne? Beskriv eventuelle varige følger:
Har du søgt eller modtaget pension for eventuel tidligere lidelse/sygdom eller skade? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
Hvis ja, for hvilken lidelse, sygdom eller skade?	
Hvornår? (årstal) Fra hvilken kommune?	
Har du søgt eller modtaget erstatning for eventuel tidligere skade? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
Hvis ja, for hvilken skade?	
Hvornår? (årstal) Oplys eventuel ménggrad:	
Fra hvilket selskab? (navn og skadenr.)	

Egen læge	Hvem har du som læge?	Navn, Adresse, Postnr. og By (Evt. telefonnummer)
Skete skaden: (sæt kryds):	I fritiden <input type="checkbox"/>	Under arbejde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>
	På arbejdsgivers område <input type="checkbox"/>	Ærinde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>
	Som selvstændig (eget erhverv) <input type="checkbox"/>	Under militærtjeneste <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)	
	Hvem arbejdede du for?	
	Hvad var aftalt omkring arbejdets omfang?	
	<input type="checkbox"/> I fritidslandbrug	Er du momsregistreret? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
<input type="checkbox"/> Under lønnet sport (d.v.s. du har spilleraftale/kontrakt)	Overstiger løn/vederlag/anden indkomst kr. 50.000 årligt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
Andre oplysninger	Havde du indenfor det sidste døgn inden skaden, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lign.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget?
	Er der foretaget blod/urinprøve? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
	Politi	Er der optaget politirapport ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Trafikskade (sæt kryds)	Var du fører eller passager? <input type="checkbox"/> fører <input type="checkbox"/> passager	
	I bil <input type="checkbox"/>	
	På motorcykel <input type="checkbox"/>	
	På knallert/scooter <input type="checkbox"/>	Under 50 ccm <input type="checkbox"/> Over 50 ccm <input type="checkbox"/>
	Andet <input type="checkbox"/>	Hvad:
Danmark	Er du medlem af sygeforsikringen "danmark"? <input type="checkbox"/> ja, hvilken gruppe? <input type="checkbox"/> nej	
Andre forsikringer (sæt kryds)	Er uheldet anmeldt til eller bliver anmeldt til en eller flere af følgende forsikringer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
	Hvis ja, hvornår?:	
	<input type="checkbox"/> Ulykke (herunder reiseulykke)	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Dansk Tandforsikring	Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sundhedsforsikring	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Modparts ansvarsforsikring	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Anden ansvarsforsikring	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbejdsskadeforsikring	Selskab <input type="checkbox"/> Skade/Ref.nr. <input type="checkbox"/>	
Krav/ Forventninger	Hvad er din umiddelbare forventning til forsikringsdækning i forbindelse med skaden? (sæt 1 eller flere kryds)	<input type="checkbox"/> Dækning af eventuelle varige mén. <input type="checkbox"/> Fysioterapi: skal være lægeordineret / omfattet af den offentlige sygesikring. <input type="checkbox"/> Kiropraktorbehandling: skal være omfattet af den offentlige sygesikring. <input type="checkbox"/> Tandskade <input type="checkbox"/> Erstatningsrejse (Dokumentation skal vedlægges)