



**Alle spørgsmål / afsnit skal udfyldes af tilskadekomne**

<b>Beskrivelse af ulykkestilfældet</b>	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?
<b>Beskrivelse af skaden og hændelsen</b>	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)
<b>Lægehjælp</b>	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:
<b>Helbred/Tidligere skader</b>	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.)	

<b>Egen læge</b>	Hvem har du som læge?	Navn, Adresse, Postnr. og By (Evt. telefonnummer)
<b>Skete skaden:</b> (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
<b>Andre oplysninger</b>	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	
<b>Politi</b>	Er der optaget politirapport ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, af hvilken station og journalnummer?
<b>Trafikskade</b> (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:
<b>Danmark</b>	Er du medlem af sygeforsikringen "danmark"? <input type="checkbox"/> ja, hvilken gruppe? <input type="checkbox"/> nej	
<b>Andre forsikringer</b> (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	Selskab <input type="checkbox"/> 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"/>
<b>Krav/ Forventninger</b>	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)