

## Anhållan om ersättning för patientens/ klientens skadade/förlorade egendom

### Patient/Klient

Namn \_\_\_\_\_ Personbeteckning \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tfn \_\_\_\_\_

### Person som sköter ärendet

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tfn \_\_\_\_\_

Personens förhållande till patienten

Make/Maka    Vårdnadshavare    Barn    Annat, vad? \_\_\_\_\_

### Skada för vilken ersättning söks

På vilken enhet hände det? \_\_\_\_\_

När hände skadan (tidpunkt) \_\_\_\_\_

Övriga enheter där patienten/klienten vårdats i anslutning till att skadan uppstod:

\_\_\_\_\_

### Beskrivning av skadan

Förklaring över händelseförloppet, när skadan skett. (Fortsätt vid behov på skild bilaga.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Personal som kan ge närmare uppgifter

\_\_\_\_\_

Uppgifter om ersättningskraven	
Sak/föremål för vilket ersättning söks	Ersättning som söks (€) t.ex. värdet av det skadade föremålet, nyanskaffningspris (kvitto som bilaga).
Till vem betalas eventuell ersättning	
Kontoinnehavarens namn	_____
Kontonummer (IBAN-form)	_____
Samtycke till användning av uppgifter i patientregistret	
(Ombud kan inte ge tillstånd till användning av patientuppgifter)	
Vid utredningen av ärendet får uppgifterna i patientregistret användas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Underskrift	
Datum och plats	_____
Patientens/klientens underskrift	_____
Underskrift av person som sköter ärendet	_____

**Ansökan sänds till närförmannen på enheten**

Emottaget
Datum _____ Underskrift _____

Närförmannens utlåtande
Datum _____ Underskrift _____

**Ansökan med utlåtande sänds till staden Jakobstads riskhanteringskommitté ,  
Strengbergsgatan 1, 68600 Jakobstad som gör beslut i ärendet.**