

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 <input type="checkbox"/> I verksamheten <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/>	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?

När och var anlätades läkare?

Läkarens namn och adress

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", datum: \_\_\_\_\_

Anlätades läkare? Ja  Nej

