

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?<br>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

