

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 <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Befaras framtida men?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>
Om "Ja", vilken typ?		
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Om "ja", datum:
Anlätades läkare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

