# Anmeldelse af behandlingsskade

## udfyldes af hospitalet

## 1. Anmelders informationer

|  |  |
| --- | --- |
| Hospital:      | Afdeling:      |

## 2. Patientens informationer

Husk patientens samtykke jf. sundhedslovens § 44

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fornavn(e):      | Efternavn:      | CPR-nr.:      |

## 3. Evt. pårørendes informationer

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fornavn(e):      | Efternavn:      | Tlf.nr.:      |

## 3. Sted for skaden

Udfyldes, hvis den eventuelle skade ikke er sket på anmelders behandlingssted

|  |  |
| --- | --- |
| Behandlingsstedets navn:      | Adresse:      |
| Postnr.:      | By:      |

## 4. Beskrivelse af skaden

|  |
| --- |
| Beskriv skaden og hvordan den skete      |
| Skadedato (dag-måned-år):       |

## 5. Årsag til behandling

Oplysningerne bruges til skadeforebyggende arbejde og forskning.

|  |
| --- |
| Hvad blev patienten behandlet for, da skaden skete?      |
| Hvilken sygdom var årsag til behandlingen? (ICD10-koder)      |
| Hvilke operationer og behandling er tilknyttet skaden? (Nomesco-koder og Sundhedsstyrelsens behandlingskoder)       |

## 6. Yderligere bemærkninger

|  |
| --- |
|                 |

Vedlæg venligst kopi af relevant materiale, herunder journal, prøveresultater, operationsbeskrivelser, henvisningsbreve og lignende.

## 7. Underskrift

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dato:      | Navn:      | Adresse:      |
| Underskrift: |