

Var god texta då blanketten läses maskinellt. Säkerställ gärna att alla uppgifter som efterfrågas är ifyllda för att inte behöva komplettera dessa i efterhand.

\* = Obligatoriskt fält

### 1. Den avlidnes personuppgifter

Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer \*

Namn *	<input type="text"/>
--------	----------------------

### 2. Ombud/företrädare för dödsbo

Vi ber er fylla i vem som ska företräda dödsboet. Glöm inte att bifoga en fullmakt undertecknad av samtliga dödsbodelägare samt en handling, exempelvis registrerad bouppteckning, som visar vilka som är dödsbodelägare. Om det bara finns en dödsbodelägare behövs ingen fullmakt, men vi behöver en handling som visar detta. Blankett för fullmakt för dödsbo finns på Löfs hemsida.

Namn *		
Gatuadress *	Postnr *	Ort *
Telefonnummer (inklusive riktnummer) *	E-postadress	

### 3. Vårdgivare (t.ex. sjukhus, vårdcentral, folk tandvård etc.)

Varför sökte den avlidne vård från början? För vilka besvär söktes vård (t.ex. sjukdom, skada vänster knä, framtand, psykisk ohälsa)? *	När inträffade/började skadan? Ange år med fyra siffror, mån, dag *
Namn och fullständig adress på den vårdgivare där skadan inträffade/började *	Ange avdelningens eller klinikens namn *
Har andra vårdgivare besökts på grund av skadan? Om ja; ange vårdgivarens namn, adress och avdelning/klinik	

Fortsätt på separat bilaga vid behov

### 4. Försäkringsfrågor

När skadan inträffade gavs vård på grund av: <input type="checkbox"/> Trafikolycka <input type="checkbox"/> Arbetsskada <input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken:	
Har anmälan gjorts för arbetsskada (t.ex. AFA Försäkring)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag:	Har anmälan gjorts till trafikförsäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag:
Har anmälan gjorts till olycksfallsförsäkring för fritidsskada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag:	Har anmälan gjorts till annan försäkring (t.ex. läkemedelsförsäkring)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag:

### 5. Personskadan är orsakad av:

Skadan inträffade inom följande medicinskt område: <input type="checkbox"/> Tand <input type="checkbox"/> Kirurgi <input type="checkbox"/> Ortopedi <input type="checkbox"/> Gynekologi <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket:	
Skadan är orsakad av: *	
<input type="checkbox"/> Vårdtåg i samband med undersökning eller behandling	<input type="checkbox"/> Felaktig ordination av läkemedel
<input type="checkbox"/> Felaktig/fördröjd diagnos eller behandling	<input type="checkbox"/> Olycksfall i samband med vård och behandling
<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Felaktig medicinteknisk produkt

## 6. Beskriv kortfattat personskadan \*

(Om möjligt uppge skadans placering, t.ex. vänster knä, framtand, psykisk ohälsa)

Har sjukskrivning förekommit på grund av personskadan som anmäls?

Nej  Ja, under perioden:

Om sjukskrivning förekommit, ange yrke/sysselsättning

## 7. Beskriv kortfattat skadans vårdförlopp\*

(Beskriv besvär och hur skadan behandlats inom vården)

Fortsätt på separat bilaga vid behov

## 8. Behandling av personuppgifter

För att kunna handlägga och reglera detta skadeärende samt för att uppfylla våra juridiska skyldigheter enligt patientskadelagen (1996:799) och försäkringsavtalslagen (2005:104) behöver Lof registrera, behandla och spara uppgifter om den avlidne och dig som företräder dödsboet. Vid behov kan även Lofs anlitade oberoende medicinska rådgivare komma att ta del av denna anmälan och den medicinska utredningen i ärendet. I vissa fall är Lof tvungen att lämna ut uppgifterna till olika myndigheter, t.ex. Skatteverket och Kronofogden, samt till aktuella vårdgivare. All behandling av personuppgifter sker i enlighet med dataskyddsförordningen (EU) 2016/679. Personuppgiftsansvarig är Lof regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (Lof), organisationsnummer 516401-8557. Besök [www.lof.se](http://www.lof.se) för information om Lofs hantering av personuppgifter.

Lof arbetar aktivt för en ökad patientsäkerhet i svensk sjukvård. I syfte att minska antalet undvikbara patientskador driver Lof bl.a. en omfattande utbildningsverksamhet, erbjuder aktivt samarbete i patientsäkerhetsprojekt och stödjer vetenskaplig forskning i ämnet patient-säkerhet. För att detta ska vara möjligt behöver Lof använda uppgifterna i inkomna skadeärenden, t.ex. inhämtade journalhandlingar från hälso- och sjukvården, vilka tillsammans utgör grunden för en omfattande skadestatistik. Alla personuppgifter behandlas konfidentiellt och i enlighet med forskningsetiska principer.

Lof kan även komma att delge uppgifter från ärendet till sjukvårdshuvudmannen och berörd vårdinrättning för att de ska kunna förbättra sitt patientsäkerhetsarbete. Om du motsätter dig att den avlidnes personuppgifter används för ovanstående syften ber vi dig kontakta oss.

## 9. Samtycke till att dina personuppgifter används i förbättringssyfte \*

För att vi ska kunna utveckla och förbättra Lofs verksamhet utför vi regelbundna kundundersökningar. Personuppgifter kan därför komma att lämnas ut till samarbetspartners som på vårt uppdrag genomför kundundersökningar.

- Samtycker du till att dina personuppgifter får användas i våra kundundersökningar i syfte att utveckla vår verksamhet? Vänligen kryssa i ja eller nej.

Ja  Nej

Du kan närsomhelst återta ett lämnat samtycke genom att kontakta Lof via kontaktuppgifterna längst ned på denna blankett.

## 10. Genom underskriften intygas att informationen som angivits i denna anmälan är korrekt \*

Ort och datum	Företrädare för dödsboets namnteckning (enligt fullmakt)
	Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:  
**Lofs inläsningscentral,  
Box 334, 151 24 Södertälje**

Observera att du inte behöver skicka in några journaler själv. När vi påbörjar utredningen begär vi in journaler och andra medicinska handlingar från aktuella vårdgivare. På [www.lof.se](http://www.lof.se) kan du hitta mer information om hur man anmäler en skada, hur utredningen går till och hur vi behandlar personuppgifter.