

# SKADEANMÄLAN (SKP)

## KRAV FRÅN PRIVATKUNDER



Fylls i av den försäkrade (Uppgifterna är obligatoriska)

Dagens behandling / konsultation är:	<input type="checkbox"/> Ny- besök	<input type="checkbox"/> Åter- besök	PERSONNUMMER	AVTALSNUMMER
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAMN	ADRESS	POSTNR.	ORT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CLEARINGNR. + BANKKONTO	TELEFONNR. DAGTID	E-POSTADRESS	DATUM (ÅÅ/MM)	När började besvären?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANGE ORSAKEN TILL BEHANDLINGEN / KONSULTATIONEN (DIAGNOS / SYMPTOM). **BIFOGA ORIGINALKVITTON OCH EVENTUELL REMISS/KALLELSE!**

Har du tidigare undersökts /behandlats för liknande besvär?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Om Ja	DATUM (ÅÅ/MM)	VILKEN BEHANDLARE ANLITADE DU DÅ? (NAMN OCH ADRESS)
				<input type="text"/>	<input type="text"/>

BEHANDLARE	LÄKARE/SPECIALITET			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
ADRESS	<input type="checkbox"/> Sjukgymnast	<input type="checkbox"/> Kiropraktor	<input type="checkbox"/> Naprapat	<input type="checkbox"/> Röntgen /lab.
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Psykolog/ psykoterapeut	<input type="checkbox"/> Inläggning på sjukhus	<input type="checkbox"/> Dagkirurgi	
POSTNR.	ORT	<input type="checkbox"/> Annan behandling	VILKEN?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Underskrift (Obligatorisk)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga.

ORT	DATUM	NAMNTECKNING
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>