



UTREDNING OM OLYCKSFALL

 Dagvård
 Grundskola
 Gymnasium / Varia

Uppgifter om det barn/ den elev/ eller den studerande som har skadats	Namn		Personbeteckning *)
	Postadress		Postnummer och -anstalt
	Telefon	E-post (över 18 år)	
	Bankförbindelse *)		
	Daghem / familjedaghem / lekpark / skola / läroanstalt		Lärarens / klassföreståndarens namn och klass
Vårdnads-havarens uppgifter	Namn		Personbeteckning *)
	Postadress (om annan än den skadades)		Postnummer och -anstalt
	Telefon	E-post	
	Bankförbindelse *)		
Utredning om olycksfallet	Datum för olycksfallet		klockslag
	Olyckan inträffade under dagvård / skoldag		Den aktuella dagen dagvårds- / skoldagen
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	inleddes kl. och avslutades kl.	
	Övervakarnas namn		Barn som var närvarande (dagvård)
			under 3 år
			över 3 år
	Hur och var inträffade olycksfallet		
	Gäller det		var och när
	<input type="checkbox"/> ny skada <input type="checkbox"/> gammal skada		
	Var det en våldsamt situation		Parter
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Polisanmälan			
<input type="checkbox"/> har gjorts <input type="checkbox"/> kommer att göras <input type="checkbox"/> Polisanmäls inte			
Vilken kroppsdel skadades, redogörelse för vilken typ av skada det gäller			
Beskrivning av olycksplatsen, omständigheterna och den skadades tillstånd			

Vårdåtgärder	Förstahjälpen påbörjades kl. _____ vilken typ av förstahjälp gavs		
	<input type="checkbox"/> i dagvård <input type="checkbox"/> i skola / läroanstalt <input type="checkbox"/> på hälsostation <input type="checkbox"/> på sjukhus <input type="checkbox"/> på skolans tandklinik <input type="checkbox"/> på privat läkarstation Fått remiss från hälsostationen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Ersättning söks ur privat olycksfallsförsäkring <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		
	Eftervård		
	Plats	Datum	Klockslag
Transportkostnader i samband med vård	Transport till sjukvårdsplatsen i samband med akutvård		
	Fordon	Kilometertal (vid ansökan om ersättning för bruk av egen bil)	
	Rutt		
Ersättningar som söks	Ersättningar söks		
	<input type="checkbox"/> för ordinerade mediciner och vårdartiklar i samband med vård enligt läkarens ordination.	_____	€
	<input type="checkbox"/> för kläder som förstörts i samband med vård av förstahjälpskaraktär (ett intyg av vårdpersonalen krävs)	_____	€
<input type="checkbox"/> för annan orsak, vilken	_____	€	
Bilagor	<input type="checkbox"/> Räkning(ar)		
	<input type="checkbox"/> Autentiska kvitton på betalda kostnader		
	<input type="checkbox"/> Läkrintyg / utlåtande av tandläkare		
	<input type="checkbox"/> Taxikort och kvitton på resor		
	<input type="checkbox"/> annat, vad		
Datum och underskrifter	Datum	Datum	
	Vårdnadshavarens / studerandens underskrift	Underskrift av olycksfallets vittne / rastvakt / föreståndare / rektor	