

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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		Den aktuella dagen dagvårds-/skoldagen 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 <input type="checkbox"/> ny skada <input type="checkbox"/> gammal skada		var och när
	Gällde det en misshandel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Parter	
	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		vilken typ av förstahjälp gavs		
	kl. _____				
	<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 repareringskostnader av glasögon som gått sönder i samband med en sådan olycka som kräver läkarvård, eller för kostnader för anskaffning av motsvarande glasögon. (Om glasögonen förstörs så att de inte kan repareras skall de förstörda glasögonen tillsammans med utredningen om olycksfallet skickas eller lämnas in till bildningsverket.)	_____	€		
	<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"/> Läkarintyg/utlåtande av tandläkare <input type="checkbox"/> Taxikort och kvitton på resor <input type="checkbox"/> annat, vad				
	Datum		Datum		
	Vårdnadshavarens/studerandens underskrift		Underskrift av olycksfallets vittne/rastvakt/föreståndare/rektor		