

1. Uppgifter om patienten

Namn	Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2. Var inträffade anmäld skada?

Sjukhus/vårdenhet och klinik	Sjukhus och klinikkod
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adress	

3. Vårdorsak då anmäld skada inträffade

Huvudiagnos för vård då skadan inträffade	Klassifikationskod (ICD-10)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vårdåtgärd om skadan kan ha samband med denna	Kod (KKÅ, KVÅ, KRÅ, KÅP)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4. Följder av anmäld skada?

Skadediagnos (i allmänhet O00-99, T20-32, T36-50, T80-88)	Kod (ICD-10)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Orsakskod (i allmänhet Y40-84, Y88, X40-44)	Kod (ICD-10)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vilken behandlingsåtgärd har genomförts på grund av skadan	Kod (ICD-10)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Har skadan medfört sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja fr.o.m.	Har skadan medfört inläggning på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja fr.o.m.

5. Utlåtande om anmäld skada

Uppgifter av betydelse för bedömning av behandlingsåtgärder	
Saknade tänder (kryssmarkera)	<input type="checkbox"/> Röntgen bifogas <input type="checkbox"/> Beh./kostnadsförslag bifogas
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Uppgift om planerad behandling innan anmäld skada, uppgift om tillkommande behandling till följd av anmäld skada samt övrig information	
<div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Fortsättning på nästa sida</div>	

6. Övriga vårdgivare

Har patienten behandlats vid annan klinik/vårdenhet?

7. Uppgiftslämnarens underskrift

Vårdenhet/Klinik	Namnteckning	
Datum	Namnförtydligande	Titel

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tandläkarutlåtande (fortsättning från föregående sida)

OBS! För att vi ska kunna utreda anmäld skada ber vi er bifoga eventuellt beställda medicinska handlingar.

Utlåtandet skickas till: Löf, Box 17830, 118 94 Stockholm
Telefon: 08-551 010 00, Hemsida: www.lof.se