

BEGÄRÄN OM BETALNINGSFÖRBINDELSE

- Olycksfall i arbetet     Yrkessjukdom     Undersökning för misstänkt yrkessjukdom     Privat olycksfall  
 Trafikskada     Patientskada     Militärskada     Annat, vad?

Försäkringsbolag	Skadenummer	Försäkringens nummer
Släktnamn och förnamn	Personbeteckning	
Närmare adress	Postnummer	Postanstalt
Yrke	Arbetsgivare	

1. Olycksfallet inträffade eller sjukdomen debuterade (datum, kl. och plats):
- Sättet på vilket olycksfallet inträffade eller sjukdomen uppkom. Uppgifterna om exponeringen i arbetet (vid behov i punkt 7 eller i en särskild bilaga). När det är fråga om misstänkt yrkessjukdom, kom ihåg att anmäla det till arbetskyddsmyndighet.
- Läkaren som först gav behandling, datum och vårdplats
2. Vård på sjukhus, tid och plats
3. Huvudsaklig/a diagnos/er (även ICD-kod). Vidtagna åtgärder (åtgärds-koder). (Beskrivning av tillståndet i punkt 7)
- Skador i övre extremiteterna:  
 högerhänt     vänsterhänt
4. Övriga sjukdomar (även ICD-koder). (Beskrivning av tillståndet i punkt 7)
5. Planerade undersökningar och åtgärder.  
 I en begäran om betalningsförbindelse ska anges uppgifter om åtgärden (åtgärds-kod), kostnaderna och tidpunkten för den.
- Behov av utredning över yrkesmässig rehabilitering p.g.a. arbetsskadan/-skadorna/yrkessjukdomen jämte motivering
6. Arbetsbeskrivning, beskrivning av hur arbetsskadan/-skadorna och/eller yrkessjukdomen inverkar på arbetsförmågan
- anvisats till företagshälsovården
- Arbetsförmåga
- Helt oförmögen att utföra sitt arbete    —
- Delvis oförmögen att utföra sitt arbete    —

7. Kompletterande uppgifter och beskrivning av hälsotillståndet. Det allmänna hälsotillståndet. Grundlig beskrivning av skadan eller sjukdomen, de viktigaste undersökningsfynden, noggrann beskrivning av tillståndet (objektiva observationer, anatomiskt och funktionellt tillstånd, muskelatrofier, subjektiva symtom). Överensstämmer subjektiva symtom och objektiva observationer med varandra, om inte, motivera. I fråga om väsentliga ändringar i skadans tillstånd bör datum nämnas.

Det ovan anförda försäkrar jag på heder och samvete

Ort och tid

Läkarens underskrift, identifieringskod och namnförtydligande samt arbetsplats