

Kommun  
\_\_\_\_\_Verksamhetens namn (T.ex. skola, förskola)  
\_\_\_\_\_Telefon  
\_\_\_\_\_Verksamhetens adress  
\_\_\_\_\_

### Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-mail

### Beskrivning av händelsen

När inträffade olycksfallet? På väg till/från verksamheten <input type="checkbox"/> I verksamheten <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/>	Datum	Tidpunkt för olycksfallet
---	-------	---------------------------

Vid trafikolycka, ange fordonets registreringsnummer och försäkringsbolag om känt  
\_\_\_\_\_

Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?  
\_\_\_\_\_

Hur gick olycksfallet till?  
\_\_\_\_\_

När och var anlätades läkare?  
\_\_\_\_\_

Läkarens namn och adress  
\_\_\_\_\_

Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum
-------------------	------------	------------

Behandlas du fortfarande? Ja  Nej

Befaras framtida men? Ja  Nej  Vet ej

Om "Ja", vilken typ?  
\_\_\_\_\_

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Ja  Nej  Om "ja", datum: \_\_\_\_\_

Anlätades läkare? Ja  Nej

