Patient Försäkrings centralen

Arbetsoförmåga och inkomstförlust

Fyll endast i om patientskadan har orsakat extra arbetsoförmåga och inkomstförlust. Information om ersättning för patientskada finns på sidan www.pvk.fi/sv/ersattningssokande/ersattningar/.

Patientförsäkringscentralens skadebeteckning

_____

Ersättningssökande

Efternamn _____ Förnamn _____

Personbeteckning

_____

Arbetsoförmåga

Patientskadan har enligt läkaren orsakat arbetsoförmåga (ange enligt formatet dd.mm.åååå–dd.mm.åååå)

_____

Arbetsoförmågan ☐ har upphört ☐ fortsätter ☐ bestående

Arbete

När patientskadan inträffade var jag

☐ anställd ☐ företagare* ☐ studerande**
☐ arbetslös** ☐ pensionär**
☐ annat**, vad? _____

*Om du är företagare (även jord-, och skogsbruksföretagare) och patientskadan orsakat inkomstbortfall i företagsverksamheten, ska du svara på frågorna för företagare i punkten **Ytterligare information** eller göra det i en separat bilaga. Du kan också bifoga en fritt formulerad ansökan.

Om du är studerande, arbetslös, pensionär eller annat, ska du i punkten **Ytterligare information utreda vad som orsakat inkomstbortfallet.

Frågor till företagare

a) Företagets namn, kontaktuppgifter och FO-nummer?
b) Bolagsform, bransch och personalstyrka?
c) Hur stort är ditt innehav i företaget?
d) Hur stor är din arbetsinsats i företagsverksamheten?
e) Arbetsuppgifternas innehåll och arbetsförhållanden?
f) Hur har patientskadan påverkat ditt arbete?
g) Arbetsoförmågans inverkan på företagsverksamheten?
h) Hur har arbetet organiserats under din arbetsoförmåga?
i) Utredning av inkomstbortfall och dess orsaker, t.ex. vilka arbetsuppgifter har blivit ogjorda?
j) Om arbetsoförmågan och yrkandet på ersättning för inkomstbortfall gäller ett kalenderår, vars beskattning ännu inte slutförts, ska du lämna in en kopia av räkenskapsperiodens resultaträkning och skattedeklaration.

Yrke och utbildning

När patientskadan inträffade var mitt yrke

_____

Jag är utbildad till

_____

Lön för sjuktiden

Arbetsgivaren har betalat lön för sjuktiden fram till (ange enligt formatet dd.mm.åååå)

Uppgifter om anställningen och löneräkningen

Arbetsgivarens namn

Postadress

Postnummer och postanstalt

Telefonnummer och e-postadress

Eventuell löneräknarens namn

Postadress

Postnummer och postanstalt

Telefonnummer och e-postadress

Vårdenheter och mottagningar

Ange på vilka vårdenheter du har undersökts eller vårdats på grund av patientskada. Om det är fråga om en privat vårdenhet ska du också ange namnet på läkaren eller en annan person gett dig vård.

☐ Offentlig sjukvård

Namn på vårdenheter

☐ Privat sjukvård

Namn på vårdenheter och behandlande läkare

Företagshälsovård

Jag omfattas av företagshälsovård ☐ Ja ☐ Nej

Namnet på företagshälsovården

Andra anstalter som betalar förmåner, även utländska

Ange om du fått förmåner från annat håll.

☐ Arbetspensionsanstalten

Anstaltens namn Beviljad förmån

☐ FPA

Beviljad förmån

☐ Arbetslöshetskassa

Arbetslöshetskassans namn Beviljad förmån

☐ Annat?

Anstaltens namn Beviljad förmån

Yrkesinriktad rehabilitering

Har yrkesinriktad rehabilitering planerats eller påbörjats på grund av din arbetsoförmåga?

Försäkringsanstalt som anordnat yrkesinriktad rehabilitering

Anstaltens namn

Hurdan yrkesinriktad rehabilitering har planerats eller beviljats?

Ytterligare information

Underskrift

Ersättningssökanden ska underteckna ersättningsansökan. Annars kan den inte behandlas.

Jag försäkrar att de uppgifter som jag lämnat på denna blankett och i bilagorna till den är riktiga och att ersättning för de ansökta kostnaderna eller förlusterna inte har ansökts på annat håll än vad som nämns på blanketten och i bilagorna till den.

Patientförsäkringscentralen har trots sekretessbestämmelserna rätt att få uppgifter av försäkrings- och pensionsanstalter, av myndigheter och av andra instanser som lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet tillämpas på, av arbetsgivare, av hälso- och sjukvård, av producenter av rehabilitering och socialtjänster. Rätt att få uppgifter förutsätter att de är nödvändiga för avgörande av ett ersättningsärende (patientförsäkringslag 54 §). Centralen har också rätt att få inkomstuppgifter från inkomstregistret (lag om inkomstdatasystemet 5 kap. 13 §).

Genom min underskrift ger jag mitt samtycke till att läkare och andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård, apotek, rehabiliteringsenheter och socialserviceproducenter eller vårdinrättningar, trots sekretessbestämmelserna, får ge Patientförsäkringscentralen journalhandlingar om ersättningssökandes hälsotillstånd och annat material om undersökningen och vården samt information om hälsotillstånd, arbetsförmåga och rehabilitering, när informationen är nödvändig vid utredning av skadeärendet och vid ersättningshandläggning.

Jag ger också mitt samtycke till att skattemyndigheterna, de skadelidandes arbetsgivare, pensions- och försäkringsanstalter, Pensionsskyddscentralen, Folkpensionsanstalt och andra myndigheter får, utan hinder av sekretessbestämmelserna, ge åt Patientförsäkringscentralen de uppgifter, handlingar, avgöranden och beslut beträffande ersättningar, pensioner och löner när informationen är nödvändig vid utredning av skadeärendet och vid ersättningshandläggning.

Datum	Ersättningssökandens underskrift och namnförtydligande

Töm formulär

Patientförsäkringscentral

PB 1, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRAL

Tel. 040 450 4505

www.pvk.fi/sv