

Ersättningsansökan för läkemedelsskada

Blanketten ifylls och returneras först efter det att Läkemedelsskadeförsäkringspoolen gett ett positivt ersättningsbeslut.

Läkemedelförsäkringspoolens skadebeteckning

Den som använt läkemedlet

Läkemedelsanvändarens efternamn och förnamn

Personbeteckning

Post- och bankförbindelse

Postadress

Postnummer och postanstalt

Telefonnummer

E-postadress

Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form, 18 tecken)

Kontoinnehavarens namn

Meddela utdelningsadressen till vilken ersättningsbeslut och eventuella förfrågningar skall skickas samt bankkontot till vilket de ersättningar som ansöks med denna blankett skall betalas.

Annan ersättningssökande

Annan ersättningssökandes namn (om annan än den som använt läkemedlet)

Personbeteckning

Postadress

Postnummer och postanstalt

Telefonnummer

E-postadress

Ifall någon annan person än den som använt läkemedlet för läkemedelsanvändarens del eller i stället för läkemedelsanvändaren eller förutom läkemedelsanvändaren söker ersättning (exempelvis om ersättning söks av intressebevakare för omyndig, änka/änkling, närstående m.fl.) skall denna persons namn och kontaktuppgifter uppges. Ifall den ersättningssökande vill anlita ombud skall fullmakt bifogas (modell finns på poolens webbplats).

Andra försäkringsanstalter eller andra instanser som betalar ersättning

Meddela de försäkringsbolag eller -anstalter eller andra instanser vilka betalar ersättning eller varifrån ersättning söktes till följd av läkemedelsskadan eller den sjukdom eller det handikapp vid vars behandling och vård läkemedelsskadan inträffade. Bifoga kopior av givna ersättningsbeslut eller uppge detta bolags skadenummer, ärendenummer eller dylikt.

Trafikförsäkring

Lagstadgade olycksfallsförsäkring (arbetsolycksfall eller yrkessjukdom)

Patientförsäkring

Ansvarsförsäkring

Annan försäkring, vilken?

Försäkringsbolagets namn och handläggningsnummer

Annan instans (t.ex. utkomststöd från FPA eller socialväsendet)

Ersättning har inte ansökts eller erhållits från de här instanserna.

Ersättningar som söks

Sjukvårds- och resekostnader 1 (se anvisning på sidan 8)

Sjukvårdstid/besöksdag

Vårdanstalt/namn och adress på privatläkaren eller annan person som gav behandling

Vårdkostnad euro

Resekostnader

Allmänt färdmedel	Kostnad €	Resa km/riktning
-------------------	-----------	------------------

Eget färdmedel/taxi	Kostnad €	Resa km/riktning
---------------------	-----------	------------------

Sjukvårds- och resekostnader 2

Sjukvårdstid/besöksdag

Vårdanstalt/namn och adress på privatläkaren eller annan person som gav behandling

Vårdkostnad euro

Resekostnader

Allmänt färdmedel	Kostnad €	Resa km/riktning
-------------------	-----------	------------------

Eget färdmedel/taxi	Kostnad €	Resa km/riktning
---------------------	-----------	------------------

Fortsätt vid behov på skild bilaga.

Ange vård- och resekostnader för vårdperiod, läkarbesök eller annat vårdbesök. Bifoga räkningen ni har betalat. Ifall ni fått ersättning för dessa kostnader från annat håll, bifoga givna ersättningsbeslut. Uppge då såsom ersättningskrav den del av kostnaderna som ni själv stått för.

Om ni söker ersättning för kostnader som uppstått vid användning av egen bil eller taxi, framför utredning över nödvändigheten av dess användning (hälsotillstånd, allmänna färdmedlens olämplighet el.dyl.).

Kostnader för läkemedel (se anvisning på sidan 9)

Ersättningskrav på kostnader för läkemedel sammanlagt _____ euro.

Bifoga apotekskvittona eller annat tillförlitligt bevis för kostnaderna för inköp av läkemedel.

Övriga nödvändiga utgifter som uppkommit till följd av skadan (se anvisning på sidan 9)

Ersättningskrav på övriga utgifter som orsakats av läkemedelsskadan _____ euro.

Bifoga kvitton, utredning över vilka utgifter det är fråga om och på vilka grunder ni söker ersättning.

Arbetsförmåga och inkomstförlust (se anvisning på sidan 9)

Inkomstförlust har orsakats _____ ja _____ nej

Yrke

Läkemedelsskadan har orsakat av läkare konstaterad arbetsförmåga

-

Arbetsgivaren har betalat lön för denna tid t.o.m. _____ .

Då läkemedelsskadan inträffade

_____ arbetslös _____ studerande _____ annat, vad?

Arbetsförmågan

_____ har upphört _____ pågår ännu _____ har blivit bestående.

Arbetsgivarens namn

Namnet på den person som är ansvarig för löneadministrationen

Utdelningsadress

Postnummer och postanstalt

Telefonnummer

E-postadress

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen ber på basis av denna information en utredning av arbetsgivaren med hjälp av vilken inkomstförlustens belopp beräknas. Ni kan även själv framföra en utredning över inkomstförlustens belopp på en skild bilaga.

Företagarens inkomstförlust utreds skilt utgående från svaren på följande frågor. Ge en utredning över varje företag, vilka ni är verksam som företagare i (även jord- och skogsbruksföretag). Svara på skild bilaga!

- a) Företagets namn, kontaktuppgifter och FO-nummer?
- b) Företagsform, företagets verksamhetsområde och personalantal?
- c) Ägoandelen i företaget för den som använt läkemedlet?
- d) Andelen av den egna arbetsinsatsen i företagsverksamheten för den som använt läkemedlet?
- e) Arbetsuppgifternas innehåll samt arbetsförhållandena?
- f) Läkemedelsskadans inverkan på arbetandet?
- g) Arbetsoförmågans inverkan på företagets verksamhet?
- h) Hur har arbetena ordnats under arbetsoförmögenhetstiden?
- i) Utredning över den inkomstförlust som uppkommit samt dess grunder (t.ex. vilka arbeten har blivit ogjorda eller uppskjutna)?

Tillfälligt men (sveda och värk), bestående men samt bestående kosmetiskt men (se anvisning på sidan 9)

Ersättningarnas storlek fastställs på basis av den utredning som fås från sjukjournalerna och andra handlingar med tillämpning av trafikskadenämndens normer och instruktioner. Därför är det inte nödvändigt att framföra ett exakt ersättningskrav. Ni kan, om ni önskar, på skild bilaga framföra er egen utredning i ärendet.

Som bilaga _____ st. fotografier av den slutliga situationen vid bedömning av bestående kosmetiskt men.

Behov av hjälpmedel (klädbidrag) (se anvisning på sidan 10)

Hjälpmedel, stöd eller dylikt som är eller har varit i bruk på grund av läkemedelsskadan:

Har använts _____ -

Behovet av hjälpmedel

_____ har upphört _____ pågår ännu _____ är bestående eller långvarigt.

Behov av utomstående hjälp (vårdbidrag eller ersättning åt närstående) (se anvisning på sidan 10)

Läkemedelsskadan har orsakat behov av utomstående hjälp

_____ -

Hjälpbehovet _____ har upphört _____ pågår ännu _____ är bestående eller långvarigt.

Hjälpgivare _____ hemtjänst _____ hemsjukvård

_____ någon annan instans, vilken?

Underskrift (se anvisning på sidan 11)

Jag försäkrar att de uppgifter som jag givit på denna blankett och i dess bilagor är riktiga och att för de kostnader eller förluster som denna ansökan om ersättning gäller, inte har sökts eller erhållits ersättning från annat håll än vad i blanketten och i dess bilagor uppgivits.

Jag ger mitt samtycke till att utövare av hälso- och sjukvårdsverksamhet, apotek, skattemyndigheterna, de skadelidandes arbetsgivare, pensions- och försäkringsanstalter, Pensionsskyddscentralen och andra myndigheter får, utan hinder av sekretessbestämmelserna, ge åt Läkemedelsskadeförsäkringspoolen de uppgifter, handlingar och avgöranden beträffande hälsotillståndet hos den som använt läkemedlet och beträffande de ersättningar, pensioner och löner som den som använt läkemedlet eller annan ersättningssökande erhållit och vilka behövs för utredning och ersättningshandläggning av detta skadeärende.

Ersättningssökandens (för omyndig persons del intressebevakarens) eller det befullmäktigade ombudets (fullmakt skall bifogas, se modell på poolens webbplats) underskrift och namnförtydligande

Datum Underskrift och namnförtydligande

Anvisningar för ifyllande

Denna blankett ifylls och returneras till Läkemedelsskadeförsäkringspoolen först efter det att poolen gett ett positivt ersättningsbeslut till följd av den skadeanmälan som gjorts tidigare. Blanketter för skadeanmälan fås från Läkemedelsskadeförsäkringspoolen och finns också på poolens webbplats.

På denna blankett har de ersättningslag framställts för vilka det är möjligt att få ersättning från läkemedelsskadeförsäkringen. Dessutom finns det en egen blankett för ersättningar som kan sökas vid dödsfall. Blanketten fås från Läkemedelsskadeförsäkringspoolen och finns på poolens webbplats.

Ersättningslagen som betalas från läkemedelsskadeförsäkringen bestäms i enlighet med 5 kapitlet 2–4 § i skadeståndslagen. Ersättningarnas storlek bestäms i enlighet med den ersättningsnivå som allmänt följs i skadeståndsrätten. Dessutom tillämpas de ersättningsinstruktioner som givits av Trafik- och patientskadenämnden.

Från läkemedelsskadeförsäkringen kan ersättning betalas endast för personskada som läkemedlet orsakat den som använt läkemedlet under de förutsättningar som är bestämda i försäkringsvillkoren. Sådana kostnader och förluster som skulle ha uppstått även utan läkemedelsskada ersätts inte. Från de ersättningar som utbetalas från läkemedelsskadeförsäkringen avdras ersättningar som utbetalas med stöd av olika lagar. På blanketten bes därför om uppgifter om andra försäkringsanstalter eller dylika som utbetalar ersättningar.

Ersättningar som söks

Sjukvårds- och resekostnader

Vårdkostnader för läkemedelsskadan ersätts enligt avgiftsnivån inom den offentliga sjukvården, ifall det inte i ansökan angetts speciella medicinska skäl att anlita privata hälsovårdstjänster.

Det är möjligt att få ersättning för kostnader som uppstått vid användningen av taxi eller egen bil endast om utredning över nödvändigheten av användningen är bifogad.

Kostnader för läkemedel och förbandsartiklar

Kostnader för nödvändig, extra medicinering som uppkommit på grund av läkemedelsskadan ersätts enligt föredda kvitton eller andra utredningar. Av utredningarna skall framgå både det pris som den skadelidande betalat för läkemedlet och läkemedlets namn. På samma sätt skall från förbandsartikelkvittona framgå vilken produkt det är fråga om.

Övriga nödvändiga utgifter som skadan orsakat

Övriga kostnader som orsakats av den skadelidande ersätts endast om de är nödvändiga på grund av läkemedelsskadan. Kvitton samt utredning över kostnadernas samband med läkemedelsskadan och deras nödvändighet skall bifogas.

Arbetsförmåga och inkomstförlust

Från läkemedelsskadeförsäkringen ersätts endast inkomstförlust som orsakats av extra arbetsförmåga till följd av läkemedelsskadan. Till den del som den som använt läkemedlet redan hade varit arbetsförmögen till följd av den sjukdom eller det handikapp som ursprungligen behandlades eller av annan orsak, kan inte ersättning för inkomstförlust betalas.

Ersättning för inkomstförlust bestäms i allmänhet genom att jämföra den förvärvsinkomst som den som använt läkemedlet hade fått utan läkemedelsskada med den förvärvsinkomst som han eller hon har fått trots läkemedelsskadan. Härvid beaktas bl.a. lön som arbetsgivaren betalat för sjukskrivningstid, sjukdagpenning samt förmåner som betalas med stöd av någon annan lag.

Företagarens inkomstförlust utreds skilt utgående från svaren på denna blanketts frågor.

Tillfälligt men (sveda och värk), bestående men samt bestående kosmetiskt men

Ersättning för tillfälligt men täcker den sveda, värk och annat men som uppkommit i det akuta sjukdomsskedet. På ersättningens storlek inverkar skadans art och svårighetsgrad, arten och mängden av de vårdåtgärder som krävts samt varaktigheten av det tillfälliga menet.

Storleken på bestående men samt bestående kosmetiskt men fastställs och ersättning betalas först efter det att tillståndet konstaterats vara bestående, ofta ett år efter den sista åtgärden.

Ersättningen för bestående men täcker bestående funktionellt men som läkemedelsskadan orsakat. Menets storlek bestäms på medicinska grunder med hjälp av social- och hälsovårdsministeriets beslut (1012/1986) eller förordning om invaliditetsklassificeringen (1649/2009 eller 768/2015). Er-

sättningen som motsvarar det men som bestämts enligt detta beslut uträknas på basis av trafik- och patientskadenämndens ersättningsinstruktioner. Ersättningen betalas i allmänhet som engångsersättning. För person under 18 år betalas ersättningen i två delar. Först betalas ersättning som täcker tiden upp till 18 år och vid 18 års ålder betalas den slutliga ersättningen.

Ersättning för bestående kosmetiskt men täcker bestående men som sjukdom eller handikapp orsakat utseendet. Ersättningen bestäms efter att tillståndet stabiliserats och t.ex. läkningen av ärr upphört. Ersättningen betalas som engångsersättning.

På ersättningarnas storlek inverkar både vid bestående men och vid bestående kosmetiskt men den skadelidandes ålder. Dessa ersättningar kan höjas på basis av separat framförd utredning ifall livskvaliteten i övrigt särskilt försämras.

Behov av hjälpmedel (klädbidrag)

Om den skadelidande på grund av läkemedelskadan måste använda hjälpmedel, som förorsakar exceptionellt slitage eller nedsmutsning av kläderna, kan man betala honom/henne ersättning i form av klädbidrag. Ersättningen betalas som dagsersättning för den tid som personen är tvungen att använda hjälpmedlet, dock inte för den tid som han/hon är i anstaltsvård.

Behov av utomstående hjälp (vårdbidrag eller ersättning åt närstående)

Om den skadelidande på grund av läkemedelsskadan behöver utomstående hjälp, kan man betala honom/henne ersättning i form av vårdbidrag, vars avsikt är att täcka extra kostnader som uppstår. Ersättningen betalas som dagsersättning för den tid som personen är i behov av utomstående hjälp. Ersättning betalas inte under tid för anstaltsvård.

De som står den som använt läkemedlet nära har i skador som inträffat 1.1.2006 eller senare, om det finns synnerliga skäl till det, rätt till ersättning för kostnader och inkomstförlust som vården av läkemedelsanvändaren orsakat dem. Rätten till ersättning gäller endast tills läkemedelsanvändarens hälsotillstånd har stabiliserats. Bifoga ett motiverat yrkande och fyll i på sidan 1 det avsnitt som berör annan ersättningssökande och i tillämpliga delar punkt 4 ifall ersättning söks för inkomstförlust. Även den närstående som söker ersättning skall underteckna ansökan och meddela kontonummer.

Underskrift

Den som använt läkemedlet eller annan ersättningssökande skall underteckna ersättningsansökan och samtidigt försäkra att uppgifterna som givits på blanketten och i dess bilagor är riktiga och att ersättningar inte sökts eller erhållits från annat håll än vad som meddelats på blanketten och dess bilagor. Med sin underskrift ger ersättningssökanden även sitt samtycke till införskaffandet av sådan utredning som behövs för handläggningen av ersättningsansökan.

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen

PB 3, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Tfn 040 450 4640

www.lvp.fi/sv