

# Ansøgning om erstatning efter en lægemiddelskade

## 1. Patientens informationer (skriv af sikkerhedshensyn venligst navn og CPR-nr. på alle sider)

Fornavn(e):	Efternavn:	CPR-nr.:
Adresse:	Postnr.:	By:
Tlf.nr.:	E-mail:	

## 2. Beskrivelse af skaden

**Hvilken skade har du været udsat for?**  
Vi skal bruge din beskrivelse til at forstå de bivirkninger, du har oplevet.

Beskriv bivirkninger og konsekvenserne med dine egne ord.

**Hvornår mærkede du første gang bivirkningerne?**  
Du kan søge erstatning for bivirkninger, du har oplevet inden for de seneste 10 år. Du kan muligvis finde datoen i din sundhedsjournal eller få den af behandleren.

Angiv dato (dag-måned-år) eller periode.

\_\_\_\_\_

**Hvornår blev du klar over, at medicinen var skyld i dine bivirkninger?**  
Angiv hvornår du fik mistanke om, at der kunne være sammenhæng mellem bivirkninger og medicinen.

Skriv dato (dag-måned-år) eller periode.

\_\_\_\_\_

**Har du fortsat bivirkninger?**

Ja  Nej

### 3. Lægemidlet

**Hvad hedder lægemidlet?**

Vi skal kende navnet på det lægemiddel, du mener har skadet dig. Du kan muligvis finde navnet på medicinindpakningen eller i sundhedsjournalen.

**Har du fået andre lægemidler samtidig?**

Vi vil gerne vide, om du har fået andre lægemidler samtidig med det lægemiddel, du mener har skadet dig.

Ja  Nej  Ved ikke

Hvis ja:

Hvilket lægemiddel? \_\_\_\_\_

### 4. Ordination

**Er lægemidlet ordineret til dig?**

Du kan kun få erstatning, hvis lægemidlet er ordineret til dig.

Ja  Nej  Håndkøbsmedicin  Ved ikke

**Hvem har ordineret lægemidlet?**

Vi skal vide, hvor du har fået lægemidlet fra for at kunne få oplysninger fra ordinationsstedet.

Skriv navn og adresse på fx hospital eller praktiserende læge

**Har du taget den dosis, der blev ordineret?**

Vi skal vide, om du har taget den ordinerede dosis for at danne os et overblik over de bivirkninger, du oplever.

Ja  Nej  Ved ikke

Hvis nej:

Hvad var grunden til, at du tog en anden dosis, og hvilken dosis tog du?

### 5. Udlevering

**Hvornår fik du udleveret lægemidlet første gang?**

Vi skal vide, hvor længe du har taget lægemidlet. Du kan muligvis finde datoen i sundhedsjournalen, få den af behandleren eller finde den på en kvittering.

Angiv dato (dag-måned-år) eller periode.

**Hvornår fik du udleveret lægemidlet sidste gang?**

Du kan muligvis finde datoen i sundhedsjournalen, få den af behandleren eller finde den på en kvittering.

Angiv dato (dag-måned-år) eller periode.

\_\_\_\_\_

**Er du stoppet med at tage lægemidlet?**

Ja  Nej

Hvis ja:

**Hvornår stoppede du?**

Angiv dato (dag-måned-år) eller periode.

\_\_\_\_\_

**6. Behandling af skaden****Er du blevet undersøgt eller behandlet for bivirkningerne?**

Vi skal vide, om du er blevet behandlet for bivirkningerne, så vi kan få oplysninger fra behandlingsstedet.

Ja  Nej

Hvis ja:

**Hvor blev du undersøgt eller behandlet for bivirkningerne?**

Vi skal vide, om du er blevet behandlet for bivirkningerne, så vi kan få oplysninger fra behandlingsstedet.

Skriv navn og adresse på fx hospital, speciallæge, fysioterapeut eller anden sundhedsperson.

**Hvornår blev du undersøgt eller behandlet for generne?**

Vi skal kende tidspunktet for undersøgelse eller behandling, så vi kan få oplysninger fra dem, som har behandlet dig. Du kan muligvis finde datoen i din sundhedsjournal eller få den af behandleren.

Angiv dato (dag-måned-år) eller periode.

\_\_\_\_\_

**7. Økonomi****Hvad var din beskæftigelse, da skaden skete?**

Lønmodtager  Selvstændig  Studerende, elev eller lærling  Pensionist  Efterlønsmodtager  Ledig

Andet \_\_\_\_\_

**Hvad var din jobtitel?**

\_\_\_\_\_

**Har du været helt eller delvist sygemeldt på grund af skaden?**

Vi spørger, om du har været sygemeldt, for at kunne lave en foreløbig vurdering af din erstatning, hvis din skade bliver anerkendt.

Ja, og jeg er stadig sygemeldt  Ja, og jeg er nu raskmeldt  Nej

Hvis ja:

**Hvornår har du været sygemeldt?**

Angiv periode/perioder (dag-måned-år).

Fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_

Fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_

**Har du haft indkomsttab på grund af skaden?**

Vi spørger til dit indkomsttab for at kunne lave en foreløbig vurdering af din eventuelle erstatning.

Ja  Nej  Ved ikke

Hvis ja:

**Hvad har dit samlede indkomsttab været indtil nu?**

Angiv et cirkabeløb.

**Har du haft udgifter på grund af skaden?**

Vi spørger til dine udgifter forbundet med skaden for at kunne lave en foreløbig vurdering af en eventuel erstatning.

For eksempel udgifter til medicin, genoptræning og transport.

Ja  Nej  Ved ikke

Hvis ja:

**Hvor store har dine udgifter været?**

Angiv et cirkabeløb.

**8. Årsag****Hvorfor fik du lægemidlet?**

Vi spørger om årsagen til, at du fik lægemidlet i første omgang, for at få det fulde overblik over bivirkningerne og den sygdom, du bliver behandlet for.

**9. Din praktiserende læge****Praktiserende læges navn og adresse**

Vi kan få brug for at indhente din journal fra din egen læge.

Skriv lægens eller lægehusets navn og adresse som det fremgår af dit gule sundhedskort.

**10. Digital kommunikation med Patienterstatningen – Netservice**

Du kan anvende MitID til at få adgang til sagen via vores digitale sagssystem Netservice. På den måde har du direkte adgang til alle registrerede data og dokumenter i sagen, og du vil modtage digital post fra os. Du kan også sende post til os via Netservice.

Hvis du tilmelder dig Netservice, vil du nogle dage efter, at Patienterstatningen har modtaget ansøgningen, modtage en e-mail om, at sagen er oprettet og er synlig i Netservice. Du får herefter post fra os digitalt via Netservice. Vi sender dig derfor ikke længere almindelige breve med posten.

**Ønsker du digital adgang og kommunikation?**

Ja  Nej

Hvis ja:

Angiv den e-mailadresse som du ønsker at modtage beskeder til: \_\_\_\_\_

Husk: Hvis du giver fuldmagt til en anden person – se nedenfor – er det denne person, der modtager post i sagen.

**11. Evt. fuldmagtshaver**

Hvis du ønsker, at vi skal kommunikere (skriftligt og mundligt) med en anden end dig om din sag fx et familiemedlem, skal du udfylde nedenstående kontaktoplysninger. Vedkommende vil så være den, der følger din sag, og som vi vil skrive til, mens en eventuel erstatning vil blive udbetalt direkte til dig.

<b>Fornavn:</b>	<b>Efternavn:</b>	<b>Relation til dig:</b>	<b>Evt. virksomhedsnavn:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Postnr.:</b>	<b>By:</b>	<b>CVR-nr./CPR-nr.:</b>
<b>Tlf.nr.:</b>	<b>E-mail:</b>		

**12. Underskrift**

Jeg bekræfter, at de oplysninger, jeg har givet, er rigtige. Jeg har læst bilag 1 om samtykke og giver samtykke til, at Patienterstatningen kan indhente og videregive de oplysninger, som er nævnt i bilag 1.

Dato og underskrift \_\_\_\_\_

**13. Evt. yderligere oplysninger**

## Bilag 1 – Samtykke

Jeg giver samtykke til,

- Patienterstatningen kan indhente oplysninger, fx helbredsoplysninger og andre personoplysninger, som Patienterstatningen skønner er af betydning for behandling af erstatningssagen, fra hospitaler, læger, tandlæger og andre sundhedspersoner, institutioner, kommuner, regioner, SKAT, Sundhedsstyrelsen, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, forsikringselskaber mv., jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 37, stk. 1. Mit samtykke betyder, at sundhedspersoner, behandlingssteder, myndigheder mv. kan finde oplysningerne til sagen ved opslag i journalsystemer, fx eget journalsystem og e-journal, og også kan foretage opslag i medicinoplysninger på Fælles Medicinkort og Det Danske Vaccinationsregister, hvis det er relevant for erstatningssagens behandling.
- Patienterstatningen kan videregive helbredsoplysninger, andre personoplysninger, herunder oplysninger afgivet ved ansøgningen, til sagens parter, dvs. regioner, forsikringselskaber, hospitaler, læger, tandlæger og andre sundhedspersoner. Patienterstatningen kan desuden videregive oplysninger til offentlige myndigheder, forsikringselskaber mv. i det omfang, det sker som et nødvendigt led i behandlingen af erstatningssagen.

### Særligt vedrørende børn mellem 15-17 år

Hvis sagen vedrører dit 15-17 årige barn, skal du printe "Samtykkeerklæring fra barn 15-17 år", som dit barn skal underskrive. Samtykkeerklæringen skal eftersendes.

### Generelt om Patienterstatningens privatlivspolitik

Patienterstatningen respekterer retten til privatliv og den personlige integritet. Det er derfor vigtigt for os at gøre opmærksom på, at vi passer på oplysningerne og opbevarer dem fortroligt.

I vores privatlivspolitik kan du læse, hvordan Patienterstatningen behandler og beskytter personoplysninger, og hvilke rettigheder man har som registreret i den forbindelse.

### Dataansvarlig

Patienterstatningen er ansvarlig for behandlingen af de personoplysninger, som vi har modtaget om dig. Vores kontaktoplysninger er:

Patienterstatningen  
Kalvebod Brygge 45  
1560 København V.  
Telefon: 33 12 43 43  
Mail: [pebl@patienterstatningen.dk](mailto:pebl@patienterstatningen.dk)

### Formålet med behandlingen af dine personoplysninger

Patienterstatningen behandler personoplysninger til følgende formål:

- For at vi kan vurdere, om der kan gives erstatning for en personskade efter klage- og erstatningsloven.
- For at du kan benytte vores digitale sagssystem Netservice til at følge sagen.
- For at vi kan besvare din henvendelse til os.
- For at understøtte forskning og skadeforebyggelse.

Vi indhenter kun personoplysninger på baggrund af relevant lovgrundlag og med samtykke.

Vores lovgrundlag er bl.a. klage- og erstatningsloven og erstatningsansvarsloven. Her fremgår det, at vi skal indhente alle de oplysninger, der er nødvendige for at vurdere og træffe afgørelse i sagen. I den forbindelse kan vi indhente oplysninger fra hospitaler, læger, tandlæger og andre sundhedspersoner, offentlige myndigheder og forsikringselskaber mv.

### Opbevaring af personoplysninger

Vi opbevarer kun personoplysninger så længe, det er nødvendigt i forhold til det formål, vi skal bruge dem.

### Sådan passer vi på personoplysninger

Patienterstatningen implementerer løbende passende sikkerhedsforanstaltninger for at beskytte personoplysninger mod uautoriseret adgang, ændring eller sletning.

Det gør vi bl.a. ved at foretage hyppig kontrol af processer og teknik, at samarbejde med sikkerhedsekspertter, og at benytte den nyeste sikkerhedsteknologi.

**Regelgrundlaget for at behandle personoplysninger**

Vores behandling af personoplysninger sker efter reglerne i databeskyttelsesloven og databeskyttelsesforordningen.

**Rettigheder**

Du har efter databeskyttelsesreglerne følgende rettigheder i forhold til vores behandling af personoplysninger:

- Ret til at se de oplysninger, vi behandler (indsigtsret).
- Ret til at få urigtige eller utilstrækkelige oplysninger rettet.
- I særlige tilfælde ret til at få slettet oplysninger inden tidspunktet for Patienterstatningens almindelige generelle sletning sker.
- I visse tilfælde ret til at få behandlingen af personoplysninger begrænset.
- Ret til at gøre indsigelse mod Patienterstatningens lovlige behandling af personoplysninger.

Hvis du vil gøre brug af dine rettigheder, skal du kontakte os.

Hvis du har søgt om erstatning for skade som følge af behandling eller bivirkning til lægemiddel, har du mulighed for at få indsigt i din sag i Patienterstatningens digitale sagssystem Netservice ved at logge ind med dit MitID under "Følg din sag". Du kan læse mere om dine rettigheder på Datatilsynets hjemmeside.

**Databeskyttelsesrådgiver**

Hvis du har spørgsmål til vores behandling af personoplysninger, er du altid velkommen til at kontakte Patienterstatningens databeskyttelsesrådgiver Peter Jakobsen på følgende måde:

- E-mail: [dpo@patienterstatningen.dk](mailto:dpo@patienterstatningen.dk)
- Telefon: 33 12 43 43

**Oplysning om klage til Datatilsynet**

Du har ret til at indgive en klage til Datatilsynet, hvis du er utilfreds med den måde, Patienterstatningen behandler personoplysninger på. Du finder Datatilsynets kontaktoplysninger på [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk)