

I samband med första besöket ska försäkrad fylla i A – C samt underteckna fullmakten på sidan 2. Vårdgivare besvarar uppgifter under D vid första besöket. Vid övriga besök räcker det med att Vårdgivaren fyller i den försäkrades namn och personnummer under B samt uppgifter under D.

» **A. Försäkrings-/skadenummer**

Ev. gruppavtal/gruppavtalsnummer	Försäkringsnummer	Skadenummer
----------------------------------	-------------------	-------------

» **B. Personuppgifter försäkrad – vid återbesök endast namn och personnummer**

Namn på den försäkrade/vårdsökande	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post (vårdnadshavarens e-post för barn under 18 år)

» **C. Skadeanmälan – fylls i av den försäkrade i samband med första besöket**

När insjuknade du/barnet - När inträffade skadan (ÅÅMMDD)	När anlätades läkare första gången för dessa besvär (ÅÅMMDD)
Läkarens och sjukhusets/klinikens namn och ort	
Har läkare anlåtats tidigare för liknande besvär tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när?
Läkarens/sjukhusets namn	
Kompletterande uppgifter	

» **D. Vårdgivarens uppgifter – ifylls i samband med varje besök**

Datum för läkarbesök (ÅÅMMDD)	Utskriftsdatum	Fakturanummer	
För- och efternamn		Företagsnamn	
Personnummer/organisationsnummer		Utdelningsadress	
Postnummer och ort		E-post	
<input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro Nummer:	Finns F-skattesedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är behandlingen avslutad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Nybesök <input type="checkbox"/> Återbesök <input type="checkbox"/> Remiss från:			
Diagnos			
Utfört	Arvode	Utfört	Arvode
<input type="checkbox"/> Allmänmedicin	Kr _____	<input type="checkbox"/> Ögonsjukdomar	Kr _____
<input type="checkbox"/> Hud	Kr _____	<input type="checkbox"/> Öron-, näs- och halssjukdomar	Kr _____
<input type="checkbox"/> Invärtesmedicinska specialiteter	Kr _____	<input type="checkbox"/> Neurologi	Kr _____
<input type="checkbox"/> Kirurgi, ortopedi och urologi	Kr _____	<input type="checkbox"/> Reumatologi	Kr _____
<input type="checkbox"/> Gynekologi	Kr _____	<input type="checkbox"/> Naprapati, Fysioterapi (enligt EA:s specifikation)	Kr _____
<input type="checkbox"/> Psykologisk behandling Antal besök: _____	Kr _____	Antal besök: _____	
<input type="checkbox"/> Särskilda åtgärder (specificera nedan)	Kr _____	<input type="checkbox"/> Laboratorieundersökning	Kr _____
		<input type="checkbox"/> Röntgenundersökning (Rtg, MR, CT, U-ljud)	Kr _____
Särskilda åtgärder	Totalt kronor:		
Underskrift vårdgivare	Namnförtydligande		

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se/vardgivare

0771 - 10 50 14

Fullmakt inhämtande av medicinsk information

PrivatAccess sjukvårdsförsäkring

» Information om behandling av personuppgifter

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents integritetspolicy som finns på www.euroaccident.se eller kontakta Euro Accident. Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.

» Information om fullmakt

För att Euro Accident ska kunna bedöma och reglera det aktuella försäkringsfallet samt planera ett eventuell fortsatt vårdbehov behöver vi ta del av medicinsk information avseende de aktuella besvär som du sökt vård för. För att läkare och annan sjukvårdspersonal ska kunna lämna oss nödvändig information behöver vi ditt samtycke. Samtycket som du lämnar innebär att läkare och annan vårdpersonal får lämna Euro Accident medicinsk information om dig.

Fullmakten upphör att gälla när ärendet hos Euro Accident är avslutat. Fullmakten ska undertecknas i samband med besöket hos vårdgivaren. Om fullmakten inte undertecknas kan det innebära att Euro Accident inte har möjlighet att godkänna vidare behandling.

» Underskrift

Genom undertecknande av denna fullmakt lämnar jag mitt samtycke till att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning får lämna Euro Accident, eller de företag Euro Accident eventuellt anlitar för skadereglering, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som Euro Accident, försäkringsgivaren eller de företag som Euro Accident anlitar för skadereglering, behöver för att reglera den aktuella skadan.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift
Personnummer	Namnförtydligande