

Ansøgning om erstatning for skade i forbindelse med bloddonation

Ansøgningen udfyldes af bloddonor eller af bloddonor sammen med tappepersonale. Ansøgningen sendes til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V.

1. Bloddonors oplysninger (skriv af sikkerhedshensyn venligst navn og CPR-nr. på alle sider)

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

2. Sted for bloddonation

Hvor blev du tappet?

Vi skal vide, hvor du fik tappet blod, så vi kan indhente oplysninger derfra. Skriv navn og lokation på det sted, hvor du blev tappet.

3. Tidspunkt for bloddonation

Hvornår blev du tappet?

Du kan søge erstatning, hvis bloddonationen er sket inden for de seneste 10 år. Du kan eventuelt få datoen hos tappestedet.

Angiv dato (dag-måned-år).

4. Tapning

Vi skal vide omstændighederne for din blodtapning, for at forstå forløbet.

Hvilken type blodtapning fik du foretaget?

☐ Fuldblod ☐ Plasma ☐ Blodplade (trombocyt) ☐ Ved ikke

Hvilken arm blev du tappet i?

☐ Højre arm ☐ Venstre arm

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Blev du stukket én eller flere gange?

☐ Én gang ☐ Flere gange

Forløb tapningen normalt?

☐ Ja ☐ Nej

Hvis nej:

Hvordan vil du beskrive forløbet?

For eksempel: Tapningen blev opgivet, sat på pause, genoptaget, forlænget eller andet

5. Beskrivelse af skade

Hvilken type skade er der sket?

Vi skal bruge din beskrivelse for at forstå skaden. Sæt kryds ved et eller flere felter, der beskriver din skade.

☐ Allergisk reaktion ☐ Besvimelse ☐ Blødning fra stikket ☐ Blåt mærke
☐ Lokal irritation ☐ Smerter i armen ☐ Utilpashed ☐ Andet _____

Hvordan vil du beskrive skaden?

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Hvornår mærkede du de første symptomer på skaden?

Sæt kryds ved et eller flere felter, der beskriver, hvornår skaden opstod.

- ☐ Da jeg blev stukket ☐ Under tapningen ☐ Da nålen blev fjernet
- ☐ Efter tapningen (beskriv nærmere hvornår) _____ ☐ Ved ikke

Har du orienteret tappestedet om din skade?

- ☐ Ja ☐ Nej

6. Følger af skaden

Har du fortsat følger efter din skade?

Vi skal bruge din beskrivelse for at forstå konsekvenserne af skaden.

- ☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja:

Hvilke følger har du fortsat?

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 ☐ Nej

Hvis ja:

Hvornår har du været sygemeldt?

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

Fra _____ til _____

Fra _____ til _____

Navn: _____

CPR-nr.: _____

5. Behandling af skaden

Er du blevet undersøgt eller behandlet for skaden?

Vi skal vide, om du er blevet behandlet for skaden, så vi kan indhente yderligere oplysninger.

☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja:

Hvor blev du undersøgt eller behandlet?

Vi skal vide, hvor du blev undersøgt eller behandlet, så vi kan få oplysninger fra behandlingsstedet.

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

Hvornår blev du undersøgt eller behandlet?

Vi spørger om tidspunktet for undersøgelsen eller behandlingen, så vi kan indhente oplysninger fra stedet. Du kan finde datoen i din sundhedsjournal eller få den af behandleren.

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

Er der planlagt yderligere undersøgelse eller behandling af skaden?

☐ Ja ☐ Nej

6. Økonomi

Hvad var din beskæftigelse, da skaden skete?

Vi spørger til din beskæftigelse for at kunne lave en foreløbig vurdering af din erstatning, hvis din skade bliver anerkendt.

☐ Lønmodtager ☐ Selvstændig ☐ Studerende, elev eller lærling ☐ Pensionist ☐ Efterlønsmodtager ☐ Ledig
☐ Andet

Har du haft indkomstab på grund af skaden?

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

☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke

Hvis ja:

Hvad har dit samlede indkomstab været indtil nu?

Skriv et cirkabeløb.

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Har du haft udgifter på grund af skaden?

Vi spørger til dine udgifter forbundet med skade for at kunne lave en foreløbig vurdering af din erstatning, hvis din skade bliver anerkendt.

For eksempel udgifter til medicin, fysioterapi og transport.

☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke

Hvis ja:

Hvad har du haft udgifter til?

Hvor store har dine udgifter været?

Skriv et cirkabeløb.

Har du fået udbetalt penge fra tappestedet i relation til skaden?

For eksempel fået dækket udgifter til tabte eller beskadigede ting.

☐ Ja ☐ Nej

7. Helbred inden skaden

Var du rask inden tapningen?

Vi spørger for at vide, om du havde symptomer inden tapning eller andre sygdomme, der kan have betydning for sagen.

☐ Ja ☐ Nej

Hvis nej:

Hvordan vil du beskrive dit helbred inden skaden?

Beskriv din helbredstilstand med dine egne ord.

Er du højre- eller venstrehåndet?

☐ Højrehåndet ☐ Venstrehåndet

Navn: _____

CPR-nr.: _____

8. 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.

9. Kompensation fra Bloddonorernes Sikringsfond

☐ Jeg giver samtykke til, at Patienterstatningen må videregive mit navn og CPR-nummer til Bloddonorernes Sikringsfond, hvis jeg får medhold. Fonden udbetaler i så fald et kompensationsbeløb i januar det følgende år.

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.

Hvis du ikke tilmelder dig Netservice, så vil du få breve fra os i Digital Post. Hvis du er fritaget for Digital Post, så vil du få breve fra os som almindelig papirpost.

Ønsker du digital adgang og kommunikation?

☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja:

Skriv den e-mailadresse 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. Fuldmagtshaver

Hvis du ønsker, at vi skal kommunikere (skriftligt og mundtligt) med en anden end dig om din sag, for eksempel 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.

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

Navn: _____

CPR-nr.: _____

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, forsikringsselskaber 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, forsikringsselskaber, hospitaler, læger, tandlæger og andre sundhedspersoner. Patienterstatningen kan desuden videregive oplysninger til offentlige myndigheder, forsikringsselskaber 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

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 forsikringsselskaber 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.

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Det gør vi bl.a. ved at foretage hyppig kontrol af processer og teknik, at samarbejde med sikkerhedseksperter, 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
- 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