



Intern anmeldelse af skade/sygdomsforløb

Skader og sygdom med fravær SKAL anmeldes. Anmeldelsen indsendes til jan@ttholstebro.dk.

PERSONOPLYSNINGER	
Skadelidte:	CPR-nr.:
E-mail:	Telefon:
SKADESOPLYSNINGER	
Skadesdato og tid:	
Skadesadresse, postnr. og by:	
Beskriv hændelsen:	
Beskriv skaden:	
Undersøgt umiddelbart efter skadesuheld af <input type="checkbox"/> Klubfysioterapeut <input type="checkbox"/> Egen læge <input type="checkbox"/> Hospital, hvilket:	
Er der truffet aftale om konsultation ved klublæge? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, hvilken dato:	
Er der truffet aftale om scanning? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, hvor og hvilken dato:	
Hvor længe forventer du at være skadet og uden for almindelig træning/kamp? Angiv antal uger:	
<input type="checkbox"/> Der forventes men/varig skade som følge af hændelsen. <input type="checkbox"/> Der forventes ikke men/varig skade som følge af hændelsen.	
Ved skade anmeldes denne arbejdsgivers lovpligtige arbejdsskadeforsikring. Skadelidte anmelder til egen ulykkesforsikring(er) herunder den af klubben tegnet på vegne af skadelidte.	
Skadelidte erklærer at ville behandle henvendelser fra offentlige myndigheder, behandlingssteder m.v. med største omhu og besvare disse rettidigt i henhold til angivne tidsfrister. Hvis skadelidte indsender besvarelser for sent i forhold til angivne tidsfrister og det forringer arbejdsgiverens refusionsmuligheder, vil skadelidte kunne pålægges at afholde den af arbejdsgiverens eventuelt mistede refusion.	
Dato:	Dato:
Udfyldt af:	Underskrift spiller: