

Oplysninger til Arbejdsskadestyrelsen til brug for Arbejdsskadestyrelsens vurdering af fremtidige behandlingsudgifter, jfr. lov om Arbejdsskadesikring (skemaet anvendes ved overførsel af anmeldelsen til Arbejdsskadestyrelsen og efterfølgende efter behov).



I tabellen nedenfor bedes angivet de behandlinger og hjælpemidler m.v., som forsikringsselskabet har betalt, samt de betalingstilsagn, som forsikringsselskabet har givet i henhold til lov om arbejdsskadesikring, § 15, stk. 1 og 2. Hvis forsikringsselskabet under ”betalingstilsagn” ikke er i stand til at udfylde felterne ”periode” og/eller ”samlet pris”, er det tilstrækkeligt, at feltet ”antal” er udfyldt. Bemærk: Kopi af betalinger eller betalingsbilag behøves ikke medsendt, når nedennævnte skema er udfyldt. Dog skal kopi af medicinregninger altid medsendes.

Tilskadekomnes cpr-nr/sagsnr i ASK: _____ (hvis sagsnr kendes, bedes dette angivet)

Tilskadekomnes navn: _____

Forsikringsselskabets kode i ASK: FS____ Navn: _____ Skadenr _____

Betalt	Betalingstilsagn:
Fysioterapibehandlinger:	
Antal:	Antal:
Periode:	Periode:
Samlet pris: *	Samlet pris: *
Kiropraktorbehandlinger:	
Antal:	Antal:
Periode:	Periode:
Samlet pris: *	Samlet pris: *
Andre biofysiske behandlinger (akupunktur, manuel medicin m.v.):	
Behandlingstype:	Behandlingstype:
Antal:	Antal:
Periode:	Periode:
Samlet pris: *	Samlet pris: *
Psykologbehandlinger:	
Antal:	Antal:
Periode:	Periode:
Samlet pris: *	Samlet pris: *
Hjælpemidler:	
Antal:	Antal:
Periode:	Periode:
Samlet pris: @	Samlet pris: @
Medicin:	
<i>Hvis der er betalt for medicin som følge af skaden, indsendes kopi af kvitteringerne til Arbejdsskadestyrelsen</i>	
Periode:	Periode:
Samlet pris *	Samlet pris: *
Andet: (Angiv type, antal og pris)	Andet : (Angiv type, antal og pris)

* efter fratæk af tilskud fra den offentlige sygesikring og Sygeforsikringen Danmark

@ efter fratæk af tilskud fra Sygeforsikringen Danmark