

Patient	Efternamn	Personbeteckning
	Förnamn	Patient avliden
Utdelningsadress		
Postnummer och postanstalt		
Omyndig persons intressebevakares namn och adress		
Ombudets /dödsboets kontaktuppgifter		

Patientförsäkringscentralens skadebeteckning	
Vårdinrättning eller mottagning som anmälan gäller	
Andra vårdinrättningar och mottagningar där patienten har undersökts och vårdats	

Begäran om rekommendation
till avgrörande

(till vilken del är Ni missnöjd
med
Patientförsäkringscentralens
ersättningsbeslut)

Fortsätt vid behov på skild bilaga

Underskrift

Datum ____ / ____ ____

Underskrift och namnförtydligande