

Ansøgning om kulancemæssig godtgørelse til personer, der er påført skade som følge af lægemidler indeholdende thalidomid

Felter med * skal udfyldes.

1. Oplysninger om ansøger *

Ansøgers navn *	CPR-nummer *
Adresse *	Telefonnummer, privat *
Postnummer/by *	Telefonnummer, mobil *
E-mailadresse	

2. Ansøgers skader og diagnose *

Er du diagnosticeret med en skade som følge af brugen af et lægemiddel indeholdende thalidomid *	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nej				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hvis du har sat kryds i "ja" skal du udfylde de følgende fire punkter:					
Angiv <u>dato/årstal</u> for diagnosen. Hvis du ikke kender tidspunktet, anfør da "ved ikke" *					

Angiv hospital/sygehus/behandlingssted, hvor diagnosen er stillet. Hvis du ikke har disse oplysninger, anfør da "ved ikke" *					

Beskriv helt kort hvilke(n) skade(r) du er påført som følge af brugen af et lægemiddel indeholdende thalidomid *					

Har du dokumentation for, at du er diagnosticeret med en skade som følge af brugen af lægemidlet indeholdende thalidomid *	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nej				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hvis ja – vedlæg dette					

3. Godtgørelse eller erstatning fra andre *

<p>Modtager du, eller har du tidligere modtaget, godtgørelse eller erstatning for en skade, der er anerkendt som en følge af brugen af et lægemiddel indeholdende thalidomid. Hvorfra ? (kryds ja eller nej i alle felter) *</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurosedynskadefonden i Sverige (hvis ja - vedlæg dokumentation) • Den tyske stat/Die Conterganstiftung (hvis ja - vedlæg dokumentation) • Andre (hvis ja - skriv hvem og vedlæg dokumentation) <hr/>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nej</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nej</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nej</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nej												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Ja	Nej												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Ja	Nej												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

4. Underskrift og samtykke (må kun udfyldes af ansøger) *

Jeg er indforstået med, at Styrelsen for Patientklager har ret til at indhente de oplysninger fra læger, sygehuse, offentlige myndigheder, dataregistre, herunder udenlandske instanser, der er nødvendige for at behandle sagen.

Jeg erklærer på tro og love, at alle ovenstående oplysninger er korrekte og erklærer ved min underskrift at være indforstået med, at sagen kan genoptages, og at godtgørelsen vil kunne kræves tilbagebetalt, hvis jeg har afgivet urigtige oplysninger.

Dato *	Navn (skriv venligst med blokbogstaver) *	CPR-nummer *
	<hr style="border: 1px solid black;"/> Underskrift *	

Punkt 5 og 6 udfyldes KUN, hvis du ønsker, at en anden skal være repræsentant for dig i din sag.

Ansøger kan give fuldmagt til, at en anden skal repræsentere ansøger i forbindelse med sagens behandling (f.eks. en pårørende, advokat, fagforening eller interesseorganisation).

5. Fuldmagt

Undertegnede (ansøger) : _____ giver hermed <div style="text-align: center;">(ansøgers navn)</div>	
_____ fuldmagt til at varetage mine interesser (skriv navnet på den person eller firma, som skal ansøge på dine vegne) i forbindelse med sagens behandling.	
Dato _____	Underskrift (ansøgers) _____

6. Fuldmagtshavers kontaktinformation (gælder også advokater)

Fuldmagtshavers navn	CPR-nummer (CVR for bl.a. advokater)
Adresse	Telefonnummer
Postnummer/by	
E-mailadresse	