

<b>Vem avser ansökan?</b>	Namn	Personnr
	Utdelningsadress	Telefonnr, även riktnr
	Postnr och ortnamn	
	Medlemmens namn om annan än ovan	Medlemmens personnr
<b>Diagnos</b>	Vilken diagnos är fastställd?	
	Vilket datum är diagnosen fastställd?	
	Vilken klinik/sjukhus har fastställt diagnosen?	
<b>Tidigare diagnos</b>	Har du tidigare haft samma sjukdom/diagnos? Om "Ja", besvara nedanstående frågor	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Vilket datum var den tidigare diagnosen fastställd?	
	Vilken klinik/sjukhus fastställde den tidigare diagnosen?	
	Under vilken tid behandlades/medicerades du för sjukdomen/diagnosen?	
<b>Underskrift</b>	Härmed intygas att lämnade uppgifter är riktiga.	
	Datum	Underskrift
<b>Ifylls av läkare</b>	OBS! Diagnosen ska vara fastställd eller verifierad av specialistläkare i Sverige eller vid en specialistklinik i Sverige. Nedanstående uppgifter måste alltid fyllas i av läkare.	
	Vilken diagnos enligt ICD-systemet är fastställd? Till exempel G35	Vilket datum är diagnosen fastställd?
	Vilken läkare/specialistklinik har fastställt diagnosen?	
	Om diagnosen är fastställd av läkare utanför Sverige, är diagnosen verifierad av läkare verksam i Sverige?	Om "Ja", vilken läkare/specialistklinik har verifierat diagnosen?
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Har patienten tidigare fått samma diagnos fastställd?	Om "Ja" ange datum
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Behandlas eller medicineras patienten för den tidigare diagnosen?	Om "Ja", vilken behandling/medicinering har patienten?
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

**Folksams behandling av personuppgifter**

Ansvarig för behandling av dina personuppgifter är de Folksambolag du har försäkringsavtal med. För utdrag ur Folksams register skriv till: Folksam, Registerutdrag, 106 60 Stockholm. Vid fel i registrerade personuppgifter, kontakta Kundenservice telefonnummer 0771-950 950.

**Denna sida fylls i av läkare**

Diagnosen ska vara fastställd/verifierad av läkare verksam i Sverige.

**OBS! Dessa uppgifter ska alltid fyllas i**

Vid diagnos malignt melanom ange tjocklek i mm.	Vilket datum märktes första symtomen?
Är den nuvarande diagnosen senkomplikation till tidigare diagnos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange datum för fastställande och diagnoskod enligt ICD-10 för den ursprungliga diagnosen. Datum _____ Diagnoskod _____
Är den nuvarande diagnosen en spridning av tidigare diagnos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange datum för fastställande och diagnoskod enligt ICD-10 för den ursprungliga diagnosen. Datum _____ Diagnoskod _____

**Underskrift**

Läkarens namnteckning	Datum
Namnförtydligande,	
Mottagningens adress och telefonnummer ..... ..... ..... .....	

**Övriga upplysningar**

..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
---