



Pvm ___/___ 20___ klo: ___

Potilaan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero

Vakuutustiedot	Täytetään joko A- tai B-kohta	
A. Työtapaturma/ ammattitauti	Työnantajan nimi ja puhelinnumero	
	Työnantajan osoite	
	Vakuutuslaitoksen nimi, johon työnantaja on ottanut vakuutuksen työntekijöille	
B. Liikennevahinko	Rekisterinumero	Liikennevakuutusyhtiö
	Kuljettajan nimi ja osoite	Puhelinnumero
	A ja B -kohdat; jos ei tiedossa, ilmoitettava mahdollisimman pian puh. (08) 849 4439	
	Potilas oli <input type="checkbox"/> kuljettaja <input type="checkbox"/> matkustaja <input type="checkbox"/> jalankulkija <input type="checkbox"/> polkupyöräilijä <input type="checkbox"/> muu	
Vahinko- tiedot	Sattumispaikka ja -aika	
	Kuvaus vahinkotapahtumasta	