



## Klage til Ankenævnet for Patienterstatningen

Når du klager til Ankenævnet for Patienterstatningen skal du bruge det digitale klageskema, som du finder på [borger.dk](http://borger.dk) under "Sundhed og sygdom" > "Erstatning og godtgørelse" > "Klag over en erstatningsafgørelse fra Patienterstatningen".

Styrelsen for Patientklager, som modtager din klage til ankenævnet, skal afvise klager, der ikke sendes i det digitale klageskema, medmindre særlige forhold foreligger. Dette klageskema kan du bruge, hvis du mener, at du ikke er i stand til at klage digitalt. Det kan f.eks. være fordi, du ikke kan få et NemID, er fritaget fra Digital Post eller på grund af sygdom, alder eller sprogvankeligheder ikke kan bruge en computer. Det er Styrelsen for Patientklager der afgør, om du kan fritages for at klage digitalt.

**Felter med \* er obligatoriske**

### 1. Hvorfor kan du ikke klage digitalt? \*

|                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Beskriv hvilke særlige forhold der gør, at du ikke kan klage digitalt |
|-----------------------------------------------------------------------|

### 2. Hvilken afgørelse fra Patienterstatningen ønsker du at klage over? \*

|                                                                                                    |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Anfør Patienterstatningens sagsnummer:                                                             | Anfør datoen for Patienterstatningens afgørelse: |
| <b>HUSK:</b> Vedlæg en kopi af den afgørelse fra Patienterstatningen, som du ønsker at klage over. |                                                  |

### 3. Ønsker du kun at klage over en del af afgørelsen, anfør da hvilken del af denne (f.eks. at du alene klager over en del af behandlingsforløbet, eller at du alene klager over en del af erstatningsopgørelsen, f.eks. opgørelsen af varigt mén)

|  |
|--|
|  |
|--|

#### 4. Skriv eventuelt en begrundelse for klagen

Du kan eventuelt uddybe begrundelsen for klagen i et selvstændigt dokument, som vedlægges dette skema.

#### 5. Patientens kontaktoplysninger

|                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| Patientens navn * | CPR-nummer *           |
| Adresse *         | Telefonnummer, privat  |
| Postnummer/by *   | Telefonnummer, arbejde |
| E-mail-adresse    |                        |

#### 6. Underskrift og samtykke (må kun udfyldes af patienten) \*

Jeg giver hermed i henhold til sundhedsloven samtykke til, at sundhedspersoner, behandlingssteder og myndigheder kan fremfinde relevante oplysninger til sagen ved opslag i journalsystemer, f.eks. eget journal- system og e-journal.

Jeg giver også i henhold til sundhedsloven samtykke til, at sundheds- personer, behandlingssteder og myndigheder kan foretage opslag i medicinoplysninger på Fælles Medicinkort og Det Danske Vaccinations- register, hvis det er relevant for sagens behandling.

Endelig giver jeg i henhold til sundhedsloven samtykke til, at sundheds- personer, behandlingssteder og myndigheder kan videregive relevante oplysninger til Styrelsen for Patientklager, der er sekretariat for Ankenævnet for Patienterstatningen.

|      |                                         |            |
|------|-----------------------------------------|------------|
| Dato | Navn (skriv venligst med blokbogstaver) | CPR-nummer |
|      | <hr/>                                   |            |
|      | Underskrift                             |            |

**Punkt 7 og 8 udfyldes KUN, hvis du ønsker, at en anden skal være repræsentant for dig i din sag.**

**7. Fuldmagt**

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| Undertegnede (patient): _____<br>(patientens navn)                            |
| giver hermed                                                                  |
| _____                                                                         |
| (skriv navnet på den person, som skal klage på vegne af patienten)            |
| fuldmagt til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling. |
| Dato _____                                                                    |
| Underskrift (patientens) _____                                                |

**8. Fuldmagtshavers kontaktoplysninger (gælder også advokater)**

|                      |                                      |
|----------------------|--------------------------------------|
| Fuldmagtshavers navn | CPR-nummer (CVR for bl.a. advokater) |
| Adresse              | Telefon, privat                      |
| Postnummer/by        | Telefon, arbejde                     |
| E-mail-adresse       |                                      |

**Kontaktoplysninger**

**Ankenævnet for Patienterstatningen**

Styrelsen for Patientklager  
Olof Palmes Allé 18H  
8200 Aarhus N

Tlf. 72 33 05 00

E-mail: [STPK@STPK.dk](mailto:STPK@STPK.dk)

Hjemmeside: [www.stpk.dk](http://www.stpk.dk)