

Frågeblankett Patientförsäkring

Om det finns otillräckligt med skrivutrymme
fortsätt beskrivningen på egen bilaga.

Sektion A - Allmän information

1 Företagets namn (där huvudverksamheten bedrivs)

Besöksadress

Postnr

Ort

2 Om försäkringen skall omfatta ytterligare adresser/försäkringsställen, v.g specificera dessa:

3 Företagen ägs av:

4 Hur länge har Företaget bedrivits av nuvarande ägare? Ev. förändringar, när?

5 Tar Företaget emot utländska patienter?
Om JA, ange ungefärlig procentandel för denna andel patienter?

Ja Nej

6 Ange ungefärlig procentandel för följande patienter:	svensk medborgare	utländsk medborgare
a) Landsting	_____ %	_____ %
b) Kommun	_____ %	_____ %
c) Privat	_____ %	_____ %

7 Bifoga avtal som reglerar ansvarsfördelningen vid mottagande av patienter från kommun och landsting:

8 Se fråga 2. Vilken typ av vårdverksamhet bedrivs på respektive adress/försäkringsställe?

9 Har samtliga Företag tillstånd att bedriva verksamhet på adresser/försäkringsställen angivna under 1 och 2 ovan?

Ja Nej

Frågeblankett Patientförsäkring

Sektion B – Personlig Information

- 1 Ange antalet anställda inom respektive område:
(Vg. Ange detaljerad information avseende avdelning och kvalifikationer på separat blad.)

Specialitet	Antal läkare	Kvalifikationer	Examination, år, arbetserfarenhet?
Anestesi			
Kardiologi			
Dental/Odontologi			
Dermatologi			
ENT (ÖNH)			
Allmänpraktiserande			
Gynekologi			
Invärtas medicin			
Neonatologi			
Neurologi			
Nukleärmedicin			
Obstetrik			
Oftalmologi			
Onkologi			
Ortopedi			
Otologi			
Pediatrik			
Psykiatri			
Radiologi			
Radioterapi			
Transfusion			
Traumatologi			
Urologi			
Allmän kirurgi			
Kardiskkirurgi			
Dental kirurgi			
Neurokirurgi			
Pediatrikkirurgi			
Plastikkirurgi			
Thoraxkirurgi			
Vaskulärkirurgi			
Annat			

Frågeblankett Patientförsäkring

2 Ange antal, utbildningar och ytterligare meriter för sjuksköterskepersonal:

3 Anställer Företaget

a) studenter? _____

b) trainees? _____

c) röntgenpersonal? _____

d) laboratorieteknisk personal? _____

e) annan medicinsk personal? _____

Vg. Ange detaljerad information angående antalet och utbildning.

4 Har Företaget

Dygnet runt service med läkare och sköterskor? Ja Nej

Dygnet runt specialist service? Ja Nej

Ange personal som är tillgänglig helger och nätter: (Ange antal och typ av personalkategorier)

Frågeblankett Patientförsäkring

Sektion C - Information om avdelningar och patientkapacitet

1 Ange ytterligare information i följande tabell:

Specialistområde	Antal vårdplatser	Antal inskrivna boende patienter per år	Antal besökande patienter per år	Genomsnittlig behandlingstid	Genomsnittlig beläggning	% av fall \leq 3 dgr vårdtid	% av fall \geq 30 dgr vårdtid
Invärtes medicin Specialist avdelningar t.ex. Kardiologi Gastroenterologi Onkologi Andra							
Kirurgi Specialistavdelningar t.ex. Kardiologi Neurokirurgi Pediatrikkirurgi Plastikkirurgi Traumaotologi Vaskulärkirurgi Andra							
Dental medicin							
Dermatologi							
ENT (ÖNH)							
Gynekologi							
Intensivvård							
Neurologi							
Nuclear medicin							
Obstetrik							
Oftalmologi							
Ortopedi							
Pediatrik							
Neonantologi							
Psykiatri							
Radioterapi							
Urologi							
Akutvårdsavdelning							
Andra							

Frågeblankett Patientförsäkring

2 Ange antalet tillgängliga vårdplatser:

3 Medicinteknisk utrustning:

a) Röntgen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Antal: _____
b) CT	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Antal: _____
c) MRT	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Antal: _____
d) Radioterapi	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Antal: _____
e) Hjärt katetriseringslaboratorium	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Antal: _____
f) Andra	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Antal: _____

4 Annan utrustning:

a) apotek	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
b) blodbank	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
c) spermabank	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
d) sjuksköterskeskola	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
e) medicinskt forskningslaboratorium	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Frågeblankett Patientförsäkring

Sektion D – Behandlingsstatistik

1 Uppge följande statistiska uppgifter för avdelningen för obstetrik:

Genomsnitt för antal förlossningar per år i genomsnitt _____

varav:

- Kejsarsnitt _____ %

- Prematurfödslar (Förtidsbörd) _____ %

Övervakning av gravida och foster _____

t.ex. CTG _____

2 Vg: Fyll i tabellen

Specialistområde	Antal operationsingrepp per avdelning
Kirurgi specialistavdelning t.ex. Kardiokirurgi Neurokirurgi Pediatriskirurgi Plastikkirurgi Traumaotologi Vaskulär kirurgi Andra	
Dental medicin	
ENT (ÖNH)	
Gynekologi	
Oftalmologi	
Ortopedi	
Urologi	
Andra	

3 Ange huvuddelen av kirurgiska ingrepp (t.ex. Endosprotetik):

4 Ange huvuddelen av icke-kirurgiska ingrepp (t.ex. Geriatrik (äldre vård) medicin; invasiv Kardiologi):

Frågeblankett Patientförsäkring

- 5 Ange andelen komplikationer till följd av felbehandling i förhållande till samtliga behandlingar:
- | | |
|---|---------|
| a) försämrad sårhäkning | _____ % |
| b) led och beninfektioner | _____ % |
| c) allmänna infektioner | _____ % |
| d) lungemboli | _____ % |
| e) decubitus (Liggsår) | _____ % |
| f) patients nervskada (t ex förlamning) | _____ % |
| g) patient med nedsatt medvetenhet (t ex apalliskt syndrom) | _____ % |

Sektion E – Information om Kvalitet- och Risk Management

Lämna information angående Kvalitet- och Management:

- 1 Ange alla standardrutiner i Företaget som t.ex. riktlinjer, rutinbeskrivning för sköterskor, regler avseende hygien och desinfektionsmedel.

- 2 Sjukdomsfall- och mortalitetskonferenser? Ja Nej

- 3 Ange statistik för dödsfall och komplikationer? V.g. lämna statistik över antalet dödsfall per avdelning på separat bilaga

- 4 Hur koordineras samarbetet mellan de anställda? Hur sker informationen? Lämna detaljerad information

Frågeblankett Patientförsäkring

5 Ange antalet av den personal som är involverad i Kvalitets- och Managementarbete:

Frågor angående Risk Management:

1 Arbetar ni med:

- a) rapportering inträffande av incidenter? Ja Nej
- b) intern uppföljning/granskning? Ja Nej
- c) andra metoder? Ja Nej

2 Beskriv samarbetet med externa Företag (t.ex. försäkringsbolag, medicinska organisationer):

3 Finns personal anställd för Risk Management? Finns det någon heltidsanställd för detta?
Eller är det personal som har andra huvudarbetsuppgifter som ansvarar för detta?

4 Hur förs kommunikationen mellan läkare och patient? Hur sker samtalsväxlingen?

Frågeblankett Patientförsäkring

Sektion F – Information angående tidigare försäkringar och skadestatistik

1 Nuvarande försäkringsgivare:

2 Nuvarande försäkringsbelopp:

3 Storlek på självrisk, om sådan avtalats:

4 När är utgången av försäkringsperioden (Förfalldag)?

5 Har någon ansökan för denna typ av försäkring någon gång:

a) avböjts?

Ja Nej

b) sagts upp?

Ja Nej

c) krävt särskilda villkor?

Ja Nej

6 Om svaret är JA lämna detaljerad upplysning:

7 Företagets totala årsomsättning (Inkl. dotterbolag, anslutande kliniker eller enheter)?

8 Om dotterbolag, anslutande kliniker eller enheter inkluderas, ange typ och verksamhetsområde:

9 Önskat försäkringsbelopp (om annat än lagstadgat belopp):

Frågeblankett Patientförsäkring

10 Specificera samtliga skadeståndskrav framställda mot Företaget eller dess personal senaste 10 åren.

Datum för Skada	Datum för Framställt Krav	Belopp Krävt	Belopp Utbetalt	Belopp Utestående/ obetalt	Uppgifter inkluderande utsagens karaktär samt skadelidande och aktuell försäkringsgivarens uppgifter.

11 Specificera omständigheter/klagomål som kan leda till krav eller stämning mot Företaget

Datum för Omständighet/ Klagomål	Detaljer inkluderande klagomålets karaktär och uppgifter om den som framställer kravet.

12 Har samtliga upplysningar som angivits ovan accepterats av tidigare försäkringsgivare? Ja Nej

Om NEJ, lämna detaljerad information:

Undertecknad(e) som äger teckna företagets firma eller är försäkringsansvarig(a) intygar härmed på heder och samvete att ovanstående frågor besvarats sanningsenligt.

Ort

Datum

Namn

Skanna in och posta blanketten till foretag@modernaforsakringar.se