**Skadelidte**

|  |  |
| --- | --- |
| Skadelidtes navn: | CPR-nr.: |
| E-mail (arbejde): | Telefon nr. (arbejde): |
| Er skadelidte medlem af Sygesikringen Danmark? | Hvis ja, hvilken gruppe: |
| Institut/vicedirektørområde/enhed: |
| Adresse: | Post nr. og by: |

**Hændelsesforløbet**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Dato og tidspunkt for skaden. |  |
| 2. Hvor skete skaden?Hvis skaden skete uden for institutionens område – angiv hvor og i hvilken anledning skadelidte opholdt sig på stedet. |  |
| 3. Hvilket arbejde var skadelidte beskæftiget med, da skaden skete? |  |
| 4. Bærer skadelidte altid briller? |  |
| 4a. Bruger skadelidte briller/kontaktlinser i sit arbejde? |  |
| 4b. Havde skadelidte briller/kontaktlinser på, da skaden skete? | Hvis ja - se bort fra spørgsmål 4c. | Hvis nej - besvar 4c. |
| 4c. Hvor opbevarede skadelidte sine briller/kontaktlinser? |  |
| 5. Hvad var årsagen til, at brillerne/kontaktlinserne blev beskadiget? |  |
| 6. Hvori består skaden på brillerne/kontaktlinserne? |  |

**Oplysninger om de ødelagte briller/kontaktlinser**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Hvornår er brillerne/kontaktlinserne købt? |  | Der vedlægges kopi af regningen for anskaffelsen af de nu ødelagte briller/kontaktlinser. |
| 2. Hvad kostede de? |  |
| 3. Hvor er de købt? |  |
| 4. Hvilken type glas var der i brillerne?(sæt kryds) | Almindeligt glas: |
| Dobbelte glas: |
| Tonede glas: |
| Antirefleks-behandlede: |
| Andet: |

**Reparation og genanskaffelse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Kan reparation foretages?(sæt kryds) | Ja | Hvis ja vedlægges en specificeret regning for reparationen. |
| Nej |
| 2. Har genanskaffelse været nødvendig? (sæt kryds) | Ja | Hvis ja vedlægges en specificeret regning for genanskaffelsen |
| Nej |
| 3. Er der behov for specielt stel pga. allergi eller krav om letvægtsbriller? (sæt kryds) | Ja | Hvis ja skal dokumentation herfor vedlægges. |
| Nej |
| 4. Er der modtaget tilskud til reparation eller genanskaffelse? | Hvis ja oplyses beløbet: | Et sådan tilskud vil fragå i en eventuel erstatning, hvis summen af erstatningen og tilskuddet overstiger de faktiske udgifter. |
| Nej |

**Jeg bekræfter med min underskrift, at alle ovennævnte oplysninger er korrekte.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato** | **Skadelidtes underskrift** |

**Skemaet sendes til** **arbejdsskader@au.dk**

**Husk at vedlægge en specificeret regning for reparation eller genanskaffelse**

Manglende besvarelse af spørgsmålene kan medføre, at erstatning afvises. Oplysningerne vil, hvis brilleskaden er opstået i forbindelse med en arbejdsskade, blive videregivet til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.