Genoptagelsesanmodning

Jeg ønsker sag (journalnummer): genoptaget vedrørende:

1. **Anerkendelse/afvisning:** (Besvar spørgsmål 1 nedenfor)
2. **Varigt mén:** (Besvar spørgsmål 2 nedenfor)
3. **Tab af erhvervsevne:** (Besvar spørgsmål 3 nedenfor)

1. Anerkendelse/afvisnng

Hvorfor ønsker du genoptagelse?

2. Varigt mén

Har du fået det helbredsmæssigt værre siden vi sidst traf afgørelse om varigt mén?

i. Ja: (Besvar også spørgsmål 2a, 2b og 2c)

ii. Nej: (Besvar også spørgsmål 2d)

a. Hvis **Ja** til spørgsmålet; oplys da hvilke gener, du har nu:

b. Har du været til undersøgelse/behandling på hospital, hos speciallæge eller ved egen læge, siden vi sidst traf afgørelse?

i. Ja:

ii. Nej:

c. Hvis **Ja**; oplys i skemaet navn, adresse og eventuel afdeling samt hvornår undersøgelse/behandling fandt sted:

Navn, adresse og eventual afdeling	**Dato/periode**

d. Hvis **Nej** til spørgsmål 2; oplys hvorfor du ønsker din sag genoptaget:

3. Tab af erhvervsevne

Har din erhvervsmæssige situation ændret sig siden vi sidst traf afgørelse i din sag om erhvervsevnetab?

i. Ja: ☐ (Besvar også spørgsmål 3a)

ii. Nej: ☐ (Besvar også spørgsmål 3b)

a. Hvis **Ja** til spørgsmålet, oplys hvilken form for indkomst, du har nu? (sæt ét kryds):

i. Jeg modtager løn og er ansat hos en arbejdsgiver (evt. med en § 56-aftale) .....: ☐

ii. Jeg modtager sygedagpenge fra kommunen .....: ☐

iii. Jeg modtager arbejdsløshedsunderstøttelse .....: ☐

iv. Jeg modtager kontanthjælp .....: ☐

v. Jeg modtager revalideringsydelse .....: ☐

vi. Jeg modtager ledighedsydelse .....: ☐

vii. Jeg er ansat i fleksjob .....: ☐

viii. Jeg modtager efterløn .....: ☐

ix. Jeg modtager førtidspension .....: ☐

x. Beskriv din erhvervssituation, hvis den ikke er nævnt ovenfor:

b. Hvis **Nej** til spørgsmål 3, oplys hvorfor du ønsker din sag genoptaget:

Rolle i forhold til sagen

Jeg/vi er i forhold til sagen:

1. Tilskadekomne: ☐
2. Tilskadekomnes repræsentant: ☐
3. Læge: ☐
4. Andre: ☐
5. Hvis kryds ved andre, angiv venligst relation til tilskadekomne/arbejdsskadesagen:

Dato: _____ **Underskrift:** _____