|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SKADERAPPORT – MÅ FYLLES UT VED ALLE SKADER**  **OG UØNSKEDE HENDELSER.** | | | |
| Navn | | Tlf | |
| Mail: |  | |  |
| Ulykkessted: | Dato | | Tidspunkt |
| Hva slags skade: | | | |
| Kort om hvorfor skaden skjedde: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Legekonsultasjon: | | | |
|  | | | |
| Transport av den skadede: | | | |
|  | | | |
| Forsikringsselskap Polisenummer | | | |