

Fyll i tilläggsutredningen för behandlingen av ditt skadeärende och skicka den till LPA eller LPA-ombudsmannen så snart som möjligt.

Ersättningsärende nr

Uppgifter om sökanden

Efternamn och förnamn	Personbeteckning
E-postadress	Telefonnummer
Näradress, postnummer och postanstalt	

Nedsatt hörsel

Från vilket år och fram till när har du varit verksam som jordbrukare, fiskare eller renskötare?

I vilken utsträckning och i vilka slags jordbruks-, fiske- eller renskötselarbeten har du använt verktyg eller maskiner som orsakar buller eller annars varit utsatt för buller?

Kan du uppskatta hur mycket du utsätts för buller i genomsnitt? per dag <input type="text"/> per månad <input type="text"/> per år <input type="text"/>	Har du använt hörselskydd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, från och med
--	--

Beskriv närmare bullrets art. Har det varit jämnt, varierande etc.?

Fortsätter den bullerexponering som avses ovan?

Ja Nej, när upphörde bullerexponeringen?

Har du haft arbete utanför gården?

Nej Ja, för vem arbetade du, när och i vilket slags arbete?

Arbetsgivare	Tid <input type="text"/>	Arbetsuppgift
Arbetsgivare	Tid <input type="text"/>	Arbetsuppgift
Arbetsgivare	Tid <input type="text"/>	Arbetsuppgift

Har du använt verktyg eller maskiner som orsakar buller i de ovan nämnda arbetena?

Nej Ja, i vilken utsträckning och för vilken arbetsgivare?

Anser du att något verktyg eller någon maskin som du nämnt ovan har orsakat din hörselnedsättning?

Nej Ja, vilka?

Har du utsatts för buller på fritiden?

Nej Ja, vilket slags buller?

När visade det sig första gången att din hörsel är nedsatt?

Var och när har din hörsel första gången undersökts (*sjukhusets eller läkarens namn och tidpunkten*)?

Har du tidigare ansökt om eller fått ersättning för en hörselskada?

Nej Ja, försäkringsbolagets namn eller FPA-byrån

Ytterligare upplysningar
Underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

