**FP 610 Lægens svar**

|  |  |
| --- | --- |
| **Modtager**[Selskabets navn][Selskabets adresse][Postnummer][By] | **Patient**Patientens navn: [udfyldes]Patientens CPR-nr.: [udfyldes]Selskabets sags- eller referencenr.: [udfyldes] |

|  |
| --- |
| **Hvis lægen er i besiddelse af relevante oplysninger**[ ] Jeg har vedlagt kopi af alle de oplysninger, som selskabet har anmodet om, i form af en eller flere vedhæftede filer[ ] Jeg har vedlagt kopi af dele af de oplysninger, som selskabet har anmodet om, i form af en eller flere vedhæftede filer*ELLER*[ ] Jeg har indsat kopi af alle de oplysninger, som selskabet har anmodet om, i svarfeltet nedenfor[ ] Jeg har indsat kopi af dele af de oplysninger, som selskabet har anmodet om, i svarfeltet nedenfor.Jeg er opmærksom på, at jeg ifølge Sundhedsloven kun må videregive oplysninger, som er relevante på baggrund af selskabets anmodning.**Hvis lægen ikke er i besiddelse af relevante oplysninger**[ ] Jeg er ikke i besiddelse af de oplysninger, som selskabet har anmodet om, fordi (afkryds A, B, C eller D):[ ] Jeg er kun i besiddelse af nogle af de oplysninger, som selskabet har anmodet om, fordi (afkryds A, B, C eller D):1. [ ] Patienten ikke har haft kontakt til klinikken/sygehuset i den angivne tidsperiode.
2. [ ] Der ikke for den angivne tidsperiode er oplysninger i journalen fra patienten om de sygdomme eller gener fra de legemsdele, som selskabet har anmodet om.
3. [ ] Der ikke for den angivne tidsperiode er oplysninger i journalen fra andre behandlere om de sygdomme eller gener fra de legemsdele, som selskabet har anmodet om.
4. [ ] Klinikken/sygehuset ikke har oplysninger for hele den periode, der anmodes om.

Angiv den periode, hvor patienten har været patient hos mig: Fra [dato/år] til [dato/år]. |
| **Svarfelt**[Felt til indsættelse af kopi af de relevante oplysninger] |
| **Lægens navn, adresse, telefonnr. og CVR-nr.** |
| **Lægens underskrift**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato Underskrift |