## Anmodning om oplysninger – forsikringsbegivenhed

**Anmodningen skal besvares ved brug af FP 610 (Lægens svar)**

|  |  |
| --- | --- |
| Modtager: [udfyldes] | Patientens navn: [udfyldes]  Patientens CPR-nr.: [udfyldes]  Selskabets sags-/referencenr.: [udfyldes] |

|  |
| --- |
| **Vi beder om oplysninger for følgende periode:**  [Startdato] til [slutdato]/[dato for lægens besvarelse]  **Begrundelse ved anmodning ud over fem år:**  *Vi beder om oplysninger for en periode, der ligger mere end 5 år forud for datoen for første fraværsdag, fordi:*  *[Skal begrundes]* |
| **Dit honorar**  Vores anmodning falder i følgende priskategori i aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension:  [ ] Priskategori A – Oplysninger for en tidsperiode på op til og med 3 år.  [ ] Priskategori B – Oplysninger for en tidsperiode på mere end 3 år og op til og med 6 år.  [ ] Priskategori C – Oplysninger for en tidsperiode på mere end 6 år.  Perioden fra selskabet sender anmodningen, og til lægen besvarer den (besvarelsesperioden), tæller ikke med opgørelsen af de enkelte priskategorier. Besvarelsesperioden er således indeholdt i honoraret uanset, at den samlede tidsperiode pga. besvarelsesperioden overstiger perioden som defineret i henholdsvis kategori a og b.  Din regning skal fremsendes til selskabet via samme kanal, som du har modtaget og besvaret anmodningen, dvs. enten digitalt eller med post. I ”Vejledning om indhentning af helbredsoplysninger” kan du læse mere om kravene til regningen. |

|  |
| --- |
| **Hvad har patientens arbejdsgiver oplyst os om?**  Patientens arbejdsgiver har anmeldt en sygedriftstabssag som følge af, at patienten den [dato] var udsat for/fik konstateret [skal udfyldes] og derfor er uarbejdsdygtighed og har været det siden den [dato].  **Til vores vurdering af, om patientens arbejdsgiver har lidt et tab som følge af patientens uarbejdsdygtighed, beder vi om kopi af klinikkens/sygehusets egne notater vedrørende:**  [ ] Hoved [præciseres]  [ ] Nakke [præciseres]  [ ] Lænd [præciseres]  [ ] Ryg [præciseres]  [ ] Skulder [præciseres]  [ ] Knæ [præciseres]  [ ] Ekstremiteter [præciseres]  [ ] Psykiske symptomer og tilstande [præciseres]  [ ] Neurologiske forhold [præciseres]  [ ] Kræft [præciseres]  [ ] Hjerte/kar [præciseres]  [ ] Lunger og luftveje [præciseres]  [ ] Andet [skal præciseres]  **Ud over ovenstående beder vi om kopi af følgende oplysninger vedrørende de afkrydsede forhold:**  [ ] Epikriser, herunder også lægevagtsepikriser  [ ] Operationsbeskrivelser  [ ] Skadekort  [ ] Ambulancejournal  [ ] Henvisninger  [ ] Beskrivelser af røntgenbilleder, CT- og MR-scanninger  [ ] Blodprøveresultater  [ ] Andet [skal udfyldes]  **Vi har desuden følgende informationer til dig, som er relevante for din besvarelse af vores anmodning:**  [Fritekstfelt] |

|  |
| --- |
| **Yderligere information**  Patienten/forældremyndighedsindehaver(e)s samtykke til, at vi må få ovenstående oplysninger, er vedlagt.  Hvis du er i tvivl om, hvilke oplysninger vi beder om, kan du kontakte os på nedenstående telefonnummer.  Hvis du er i tvivl om, hvorvidt patienten/forældremyndighedsindehaver(e) har givet samtykke til, at vi må få oplysningerne, kan du kontakte patienten/forældremyndighedsindehaveren/-erne. |

|  |
| --- |
| **Din besvarelse skal sendes til:**  [Selskabets navn]  [Selskabets adresse]  [Selskabets telefonnummer] |