# FP 007b Samtykke: Når jeg er kommet til skade – fastholdelsesindsatser

# Arbejdsskadeforsikring

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at [selskabets navn] må *indhente, anvende og videregive* de oplysninger, som er relevante for selskabets vurdering af, om selskabet kan tilbyde mig fastholdelsesindsatser.

[Selskabets navn] indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om selskabet kan tilbyde mig fastholdelsesindsatser iværksat og/eller finansieret af selskabet. Indsatserne har til formål at give mig de bedste muligheder for fortsat beskæftigelse efter endt sygeperiode. [Selskabets navn] må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikringssag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. [Selskabets navn] præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

***Hvem kan der indhentes oplysninger fra?***

[Selskabets navn] kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

* Min alment praktiserende læge (nuværende og tidligere).
* Sygehuse, speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og andre autoriserede sundhedspersoner, hvor jeg har været til undersøgelse og/eller behandling som følge af skaden.
* Min arbejdsgiver (nuværende og tidligere).
* Min bopælskommune (nuværende og tidligere).
* Den afdeling i selskabet, der foretager selskabets juridiske sagsbehandling af min sag.
* Andre (angiv navn og øvrige relevante kontaktoplysninger).

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til [selskabets navn].

***Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?***

[Selskabets navn] kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min sag:

* Den afdeling i selskabet, der foretager selskabets juridiske sagsbehandling af min sag.
* Min bopælskommune, hvis jeg takker ja til, at selskabet og kommunen må samarbejde om at iværksætte og/eller finansiere fastholdelsesindsatser.
* Andre (angiv navn og øvrige relevante kontaktoplysninger).

***Hvilke typer af oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?***

Samtykket omfatter *indhentning, anvendelse og videregivelse* af følgende kategorier af oplysninger:

* Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer, funktionsniveau og kontakter til sundhedsvæsenet.
* Oplysninger fra arbejdsgiver, herunder oplysninger om arbejdsgivers kendskab til ulykken, sygeperiode, skånehensyn og forklaring på en eventuel sen anmeldelse af ulykken.
* Kommunale sagsakter, som belyser min sygehistorie, genoptræningsforløb, arbejdsprøvning, offentlig pension mm.

***For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?***

Samtykket omfatter oplysninger for perioden fra ulykkestidspunktet og frem til det tidspunkt, hvor der er truffet endelig afgørelse i min arbejdsulykkessag.

***Tilbagetrækning af samtykke***

Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for [selskabets navn]s mulighed for at tilbyde mig fastholdelsesindsatser.

Dato: ………………… Underskrift: ……………………………………… CPR-nr.: \_ \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_