## 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] |