## Anmodning om oplysninger - tegning eller ændring i forsikringstiden

**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 patientens helbredserklæring, 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 patienten oplyst os om?**  Patienten ønsker at tegne en forsikring eller ændre en eksisterende livs- og pensionsforsikring. Patienten har derfor den [dato] udfyldt en helbredserklæring og oplyst os om, at han/hun har eller har haft helbredsproblemer.  **Til vores vurdering af patientens forsikringsmedicinske risiko beder vi om kopi af klinikkens/sygehusets egne notater vedrørende:**  [ ] Tumorer, svulster og blod [præciseres]  [ ] Hjerte, kredsløb og kar [præciseres]  [ ] Bevægeapparat, herunder muskler, led, sener og ledbånd, bindevæv og knogler [præciseres]  [ ] Fordøjelsessystemet [præciseres]  [ ] Lunge og luftveje [præciseres]  [ ] Stofskifte [præciseres]  [ ] Nyre, urinveje og gynækologiske forhold [præciseres]  [ ] Neurologiske forhold [præciseres]  [ ] Psykiske symptomer og tilstande [præciseres]  [ ] Andre helbredsforhold, herunder hud, infektioner mv. [præciseres]  [ ] Andet [skal præciseres]  **Ud over ovenstående beder vi om kopi af følgende oplysninger vedrørende de afkrydsede forhold:**  [ ] Epikriser fra udredninger  [ ] Resultat af billeddiagnostiske undersøgelser  [ ] Resultat af histopatologiske undersøgelser  [ ] Blodprøveresultater  [ ] Andet [skal udfyldes]  **Vi har også bedt patienten bestille tid hos dig, da vi har brug for aktuelle undersøgelser:**  [ ] Blodprøver [skal udfyldes]  [ ] Andre prøver [skal udfyldes]  **Vi har desuden følgende informationer til dig, som er relevante for din besvarelse af vores anmodning:**  [Fritekstfelt] |

|  |
| --- |
| **Vær opmærksom på, at du ikke må videregive følgende oplysninger:**   * Oplysninger om andre personers (fx slægtninges) aktuelle og tidligere helbredstilstand. * Oplysninger om resultatet af gentests, som er udført for at belyse patientens fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (prædiktive genetiske tests). * Oplysninger om patientens deltagelse i samt resultatet af forebyggende undersøgelser. Dog må du gerne videregive oplysninger om resultatet af sådanne undersøgelser, hvis disse viser aktuelle tegn på sygdom, eller hvis disse vedrører sygdomme, som patienten tidligere har haft, eller som allerede er i udbrud. |

|  |
| --- |
| **Yderligere information**  Patientens/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] |