

**Vejledning om indhentning af helbredsoplysninger - pr. 1. november 2020**

11.10.2020

**Indhold**

1.	Introduktion til vejledningen .....	3
1.1	Digital løsning (EDI FP-attester) .....	4
1.2	Definitioner .....	4
2.	Selskabers behov for indhentning af helbredsoplysninger .....	6
3.	Lovgivningen .....	7
3.1	Kunden har pligt til at afgive helbredsoplysninger om sin egen nuværende og tidligere helbredstilstand .....	8
3.2	Lægers adgang til at videregive relevante oplysninger.....	8
3.3	Selskabets adgang til at indhente, bruge og videregive relevante helbredsoplysninger.....	9
3.3.1	Hvilke helbredsoplysninger må selskabet bruge?.....	10
3.3.2	Hvilke oplysninger må selskabet gerne bruge?.....	10
3.3.3	Hvilke oplysninger må selskabet ikke bruge?.....	10
3.4	Oplysninger til kunden .....	11
3.5	Særligt om FP 100 (helbredsattesten) .....	11
3.6	Særligt om sundhedsforsikringer og FP 710 .....	12
3.6.1	Selskabets behov for en lægelig vurdering .....	12
3.6.2	Hvordan får selskabet en kopi af henvisningen?.....	12
3.6.3	Selskabets anmodning om sundhedsforsikringsattesten (FP 710) .....	14
4.	Samtykkereglerne .....	15
4.1	Særligt om samtykke - børn under 15 år .....	15
4.2	Særligt om samtykke - unge mellem 15 og 17 år .....	16
4.3	Særligt om samtykke - afdøde .....	16
5.	Den praktiske indhentning af helbredsoplysninger .....	17

Forsikring & Pension  
Philip Heymans Allé 1  
2900 Hellerup  
Tlf.: 41 91 91 91  
fp@forsikringogpension.dk  
www.forsikringogpension.dk

Astrid Breuning Sluth  
Chefkonsulent, cand.oecon  
Dir. 41 91 90 71  
abs@forsikringogpension.dk

Sagsnr. GES-2018-00436  
DokID 410339

5.1	Hvordan indhentes samtykke?.....	17
5.2	Digital underskrift.....	17
5.3	Journalanmodningsblanketter.....	18
5.3.1	Præcis og målrettet anmodning .....	18
5.3.2	Oplysninger, der ligger mere end fem år forud for afgivelse af helbredserklæring.....	19
5.3.3	Oplysninger der ligger mere end fem år forud for skadestidspunktet.....	19
5.3.4	Oplysninger om afdøde.....	19
5.4	Lægens svar (FP 610) .....	20
5.4.1	Kun videregivelse af relevante oplysninger.....	20
5.5	FP-attester .....	21
5.5.1	Tidsgrænser i FP-attesterne .....	21
5.5.2	Lægens besvarelse af FP-attester.....	22
6.	Lægens rolle og pligter.....	23
6.1	Ved tvivl om samtykkets afgivelse .....	23
6.2	Ved tvivl om, hvilke oplysninger selskabet anmoder om .....	24
6.3	Lægens rolle i særlige situationer – ret til indsigt.....	24
6.4	Lægens rolle i særlige situationer – oplysninger om afdøde.....	24
7.	Fakturering.....	25
7.1	Elektronisk faktura.....	25
7.2	Særligt om honorar for Lægens svar (FP 610) .....	26
7.2.1	Eksempler på priskategorier .....	26
7.3	Kun videregivelse af relevante oplysninger .....	27
Bilag A:	Oversigt over alle aftalte blanketter.....	29
	Samtykkeerklæringer.....	29
	Journalanmodningsblanketter .....	29
	Lægens svar .....	29
	Egenlægeattester med aftalt fast honorar og vilkår.....	29
	Andre attester uden aftalt fast honorar og vilkår .....	30

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

## 1. Introduktion til vejledningen

Vejledningen udmønter aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension om attester og helbredsoplysninger mv., som trådte i kraft pr. 1. november 2020. Aftalen og denne vejledning gælder ikke, hvis der forud for anmodningen til lægen om udfyldelse af en attest eller anmodningen om helbredsoplysninger mv. er indgået anden aftale mellem selskabet og lægen.

Aftalen og vejledningen er således ikke bindende for Lægeforeningens og Forsikring & Pensions medlemmer, og den hindrer ikke, at selskaber og læger kan indgå aftale – eventuelt via en ekstern leverandør – om attester og helbredsoplysninger mv. på andre vilkår end dem, der følger af nævnte aftale og denne vejledning.

Vejledningen beskriver de procedurer, der gælder i medfør af nævnte aftale. Den har desuden til formål at give praktisk vejledning i brugen af de blanketter, som er en del af aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

Vejledningen forholder sig ikke til de situationer, hvor selskaber og læger individuelt har indgået aftale om attester og helbredsoplysninger på andre vilkår end dem, der fremgår af nævnte aftale. Vejledningen forholder sig heller ikke til patienters og selskabers brug af aktindsigtsreglerne i sundhedslovens kapitel 8.

Vejledningen henvender sig til Lægeforeningens og Forsikring & Pensions medlemmer, herunder til sagsbehandlere i selskaberne, der i forbindelse med nytegning og/eller skadesbehandling håndterer selskabernes brug af helbredsoplysninger, når dette sker i medfør af aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension. Vejledningen kan inddrages i arbejdet med selskabernes tilrettelæggelse af interne arbejdsgange.

Vejledningen har ligeledes til formål at vejlede lægerne om deres rolle i forbindelse med selskabernes indhentning af helbredsoplysninger, når dette sker i medfør af aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

Når et selskab indhenter attester og helbredsoplysninger mv. i henhold til nævnte aftale, sker det på baggrund af blanketter aftalt mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension. Der er aftalt flere forskellige blanketter til brug i forskellige situationer og ved forskellige forsikringstyper. Alle blanketter har et FP-nummer, som viser, at blanketten er en del af aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension. Når selskabet sender en FP-journalanmodning, ønsker selskabet svar inden for aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension. Hvis lægen besvarer journalanmodningen med FP 610 Lægens svar, accepterer lægen det faste honorar. Hvis lægen ikke ønsker at svare inden for aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension, skal lægen kontakte selskabet telefonisk på det direkte nummer, som fremgår af anmodningen. Tilsvarende – hvis selskabet sender en anmodning om en FP-attest, ønsker selskabet svar inden for nævnte aftale. Hvis lægen besvarer FP-attesten, har lægen accepteret, at udfyldelsen af attesten sker inden for rammerne af nævnte aftale.

Procedurer for indhentning af helbredsoplysninger baserer sig på de gældende regler i lovgivningen samt nævnte aftale mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension om attester og helbredsoplysninger mv.

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

Vejledningen er udarbejdet i samarbejde mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

### 1.1 Digital løsning (EDI FP-attester)

I dag har mere end 45 selskaber og mere end 98 procent af lægeklinikkerne adgang til en digital løsning, som gør, at udvekslingen af oplysninger mellem selskab og læge kan foregå digitalt. Den digitale løsning betyder, at der er to måder, hvorpå selskaber og læger kan udveksle oplysninger – pr. post og digitalt i EDI FP-attester. Vejledningen beskriver, hvis der er forhold, som er særligt gældende, når der udveksles oplysninger digitalt.

For de læger, som er tilsluttet den digitale løsning, er Lægeforeningen og Forsikring & Pension enige om, at såfremt selskabet sender en digital anmodning til lægen, besvarer lægen også anmodningen digitalt. Såfremt selskabets anmodning sendes med post, besvarer lægen også anmodningen med post.

For mere information om den digitale løsning henvises selskaberne til Forsikring & Pension, mens lægerne henvises til deres systemleverandør og eventuelt Lægeforeningens Attestudvalg.

### 1.2 Definitioner

I aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension og i denne vejledning anvendes følgende begreber:

Egen læge: Forsikringsøgende eller skadelidtes alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge/sygehuslæge.

Egenlægeattester: Attester, som alene kan udfyldes af forsikringsøgendes eller skadelidtes alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge/sygehuslæge. Attesternes indhold og honorar er godkendt af Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

Andre attester: Attester, som kan udfyldes af enhver med lægefaglig baggrund. Attesternes indhold er godkendt af Lægeforeningen og Forsikring & Pension.

Besvarelsesperioden: Perioden fra selskabet sender en journalanmodning, til lægen besvarer anmodningen.

Klinikkens/sygehusets egne notater: De notater, som klinikken/sygehuset selv har gjort i patientjournalen.

Øvrige oplysninger: Oplysninger, som klinikken/sygehuset har sendt videre i form af fx henvisninger, eller oplysninger, som klinikken/sygehuset har modtaget fra andre i form af fx epikriser.

Oplysninger, der klart ligger uden for, hvad selskabet har anmodet om:

- Andre oplysninger end dem, selskabet har anmodet om.
- Oplysninger om tredjemand, medmindre oplysningerne er lægefagligt relevante for det konkrete undersøgelses- og behandlingsforløb.
- Oplysninger om race eller etnisk oprindelse, medmindre oplysningerne er lægefagligt relevante for det konkrete undersøgelses- og behandlingsforløb.

- Oplysninger om politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning.
- Oplysninger om fagforeningsmæssigt tilhørsforhold.

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

Aftalen indeholder følgende blanketter, som kan findes på parternes hjemmesider:

- 22 samtykkeerklæringer
- 14 journalanmodningsblanketter
- FP 610 Lægens svar
- 5 egenlægeattester
- 17 andre attester

## 2. Selskabers behov for indhentning af helbredsoplysninger

Et selskab kan have brug for at indhente helbredsoplysninger i forbindelse med:

- Tegning af en helbredsbetingset forsikring og pensionsordning.
- Ændringer i et bestående forsikringsforhold.
- Anmeldelse af en forsikringsbegivenhed.

Ved tegning af en forsikring og ved ændringer i et bestående forsikringsforhold indhenter selskabet med samtykke de helbredsoplysninger, som efter selskabets vurdering er relevante for at vurdere forsikringsrisikoen. Som eksempel på en ændring i forsikringstiden kan nævnes en forhøjelse af forsikringsdækningen.

Ved anmeldelse af en forsikringsbegivenhed indhenter selskabet med samtykke de helbredsoplysninger, som efter selskabets vurdering er nødvendige for, at selskabet kan vurdere, om en forsikringsbegivenhed er dækningsberettiget, og for at selskabet kan fastsætte den korrekte udbetaling. Som eksempler på forsikringsbegivenheder kan nævnes ulykke, sygdom, tab af erhvervsevne og invaliditet. Et eksempel på en forsikringsbegivenhed i forbindelse med sundhedsforsikringer er mistanke om sygdom eller lidelse i form af symptomer, der kræver undersøgelse eller behandling ved speciallæge eller anden terapeutisk behandling som fx fysioterapi og psykologsamtaler.

Hvis de indhentede oplysninger fra lægen eller sygehuset - eller skadens karakter i øvrigt - giver anledning til tvivl om årsagssammenhængen mellem skaden og den ønskede dækning, kan selskabet have brug for at indhente yderligere oplysninger om forudbestående lidelser og tidligere skader.

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

### 3. Lovgivningen

Selskabernes indhentning og brug af helbredsoplysninger og lægernes videregivelse af disse er reguleret i flere forskellige forordninger, love og bekendtgørelser, som har forskellige formål og beskyttelseshensyn. Disse lovregler gælder uanset, om indhentningen og videregivelsen sker inden for eller uden for aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension, og uanset om indhentningen og videregivelsen sker digitalt eller med post.

Lidt firkantet sagt regulerer Sundhedsloven (SHL), hvordan helbredsoplysninger fra sundhedsvæsenet (læger) videregives til andre (selskaberne), mens Forsikringsaftaleloven (FAL) og Erstatningsansvarsloven (EAL) og til dels Databeskyttelsesforordningen og Databeskyttelsesloven (DBL) regulerer, hvilke oplysninger selskaberne må indhente og bruge. Forsikringsaftaleloven (FAL) regulerer ligeledes, at selskaberne kun må give afslag på tegning af forsikring, hvis der er en saglig grund hertil. Endelig regulerer Lov om finansiel virksomhed (FIL), hvilke oplysninger selskaberne må videregive til fx lægen i forbindelse med anmodning om lægens videregivelse af helbredsoplysninger til selskabet. Databeskyttelsesforordningen og Databeskyttelsesloven (DBL) indeholder desuden generelle bestemmelser om behandling af personhenførbare oplysninger, herunder helbredsoplysninger.

De væsentligste love er dermed følgende:

- Forsikringsaftaleloven (FAL) og Erstatningsansvarsloven (EAL) (*kundens pligter og rettigheder samt selskabets krav på at få oplysningerne og anvende dem*).
- Lov om finansiel virksomhed (FIL) (*selskabets behandling af oplysninger og videregivelse til andre – databeskyttelsesforordningens og databeskyttelseslovens (DBL) regler finder ikke altid anvendelse, da FIL på nogle områder giver den registrerede en bedre retsstilling*).
- Sundhedsloven (SHL) (*lægers tavshedspligt, herunder videregivelses- og indhentningsregler, patientrettigheder, herunder aktindsigt, selvbestemmelsesret, mindreåriges og afdødes rettigheder, patientinddragelse mv.*).
- Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed mv. (Autorisationsloven) (*lægers pligter, herunder journalføringsregler og udfærdigelse af blanketter (erklæringer) mv.*).
- Databeskyttelsesforordningen og Databeskyttelsesloven (DBL) (*at der ikke må indhentes og videregives flere oplysninger om den enkelte patient, end hvad der er relevant og tilstrækkeligt for opfyldelsen af de saglige formål, til hvilke oplysningerne indhentes*).

Aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension baserer sig på sundhedslovens regler om videregivelse (Sundhedslovens kapitel 9).

I det følgende er de centrale bestemmelser beskrevet med fokus på selskabets og lægens rolle, herunder:

- Kundens pligt til at afgive helbredsoplysninger.
- Lægens adgang til at videregive helbredsoplysninger.
- Selskabets adgang til at indhente og bruge helbredsoplysninger.
- Samtykkekrav.

### 3.1 Kunden<sup>1</sup> har pligt til at afgive helbredsoplysninger om sin egen nuværende og tidligere helbredstilstand

Kunden har pligt til at afgive helbredsoplysninger til selskabet om sin egen nuværende og tidligere helbredstilstand. Denne pligt er reguleret i Forsikringsaftaleloven (FAL) og Erstatningsansvarsloven (EAL). Pligten modsvarer af kundens ret til at få erstatning, kompensation, udbetaling eller eventuel behandling eller undersøgelse, hvis der er dækning. Forsikringsdækningen er altid bestemt af den konkrete forsikringsaftale.

Ved tegning af visse typer af forsikring og individuelle pensionsordninger har kunden pligt til at afgive rigtige og fyldestgørende oplysninger, så selskabet kan vurdere, hvilken risiko kundens helbred udgør. Sker det ikke, kan det medføre, at forsikringen ikke dækker et senere krav om eksempelvis erstatning fra kunden<sup>2</sup>.

Når kunden fremsætter krav om eksempelvis erstatning, skal selskabet have stillet alle nødvendige oplysninger til rådighed, der kan have betydning for selskabets vurdering af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af en eventuel erstatningsstørrelse<sup>3</sup>.

Selskabet må dog ikke anmode om, indhente og modtage eller bruge oplysninger, som belyser en persons arveanlæg og risiko for i fremtiden at udvikle sygdomme<sup>4</sup>.

Selskabet skal i henhold til Databeskyttelsesforordningen og Databeskyttelsesloven (DBL) foretage en afvejning, så der ikke indhentes og registreres flere oplysninger om kunden, end hvad der er nødvendigt i den konkrete sag.

### 3.2 Lægers adgang til at videregive relevante oplysninger

Lægers adgang til at videregive helbredsoplysninger er reguleret i Sundhedslovens kapitel 9. Sundhedsloven indeholder regler om indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger samt patienters ret til aktindsigt i patientjournaler mv. Når selskaber indhenter helbredsoplysninger ved brug af de i Bilag A listede blanketter, er Lægeforeningen og Forsikring & Pension enige om, at det sker efter Sundhedslovens regler om videregivelse.

Sundhedslovens videregivelsesregler regulerer sundhedspersoners<sup>5</sup> adgang til at videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

Videregivelse af helbredsoplysninger til andre formål end patientbehandling må som altovervejende hovedregel kun ske med kundens skriftlige samtykke<sup>6</sup>. Lægen skal derfor sikre, at kunden har givet skriftligt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger. Lægen skal desuden sikre, at der er overensstemmelse mellem rækkevidden af kundens samtykke og de oplysninger, som selskabet anmoder om.

---

<sup>1</sup> Vi bruger begrebet "kunden" gennem hele vejledningen, selvom der i visse tilfælde kan være tale om fx skadelidte og forsikringssøgende.

<sup>2</sup> FAL §§ 4-7.

<sup>3</sup> FAL § 22.

<sup>4</sup> FAL § 3a.

<sup>5</sup> Sundhedslovens § 6.

<sup>6</sup> Sundhedslovens §§ 43-44.



Ansvar for, at der foreligger det nødvendige samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv., påhviler den sundhedsperson, som er i besiddelse af og skal videregive oplysningerne<sup>7</sup>.

Lægen er forpligtet til at indføre samtykket i patientjournalen, jf. Sundhedslovens § 44, stk. 1, og journalføringsreglerne<sup>8</sup>.

### 3.3 Selskabets adgang til at indhente, bruge og videregive relevante helbredsoplysninger

Selskabet må kun indhente helbredsoplysninger med kundens samtykke, når indhentningen sker inden for aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension. Kravene til samtykket er gennemgået i et selvstændigt kapitel nedenfor.

Selskabet skal i henhold til Databeskyttelsesforordningen og Databeskyttelsesloven (DBL) foretage en afvejning, så der ikke indhentes og registreres flere oplysninger om kunden, end hvad der er relevant og tilstrækkeligt, og selskabet må kun bede lægen om at videregive oplysninger, der er relevante og tilstrækkelige for selskabets behandling af den konkrete sag.

Det er altså selskabet, der foretager vurderingen af, hvilke oplysninger der er relevante og tilstrækkelige for behandling af den konkrete sag.

Selskabet må således ikke i forbindelse med en kundes ønske om at tegne en forsikring eller behandling af en anmeldelse af en forsikringsbegivenhed anmode om kopi af den "fulde patientjournal", men skal konkret angive, hvilke helbredsoplysninger der er relevante og tilstrækkelige. "Fuld patientjournal" er defineret som **alle** oplysninger om **alle** patientens kontakter med sundhedsvæsenet gennem **hele** patientens liv.

Helbredsoplysninger er nødvendige for, at selskabet kan vurdere den forsikringsmæssige risiko ved tegning af en forsikring. Helbredsoplysninger er også helt afgørende for, at selskabet kan vurdere, om en forsikringsbegivenhed er dækningsberettiget, og om kunden er berettiget til en eventuel erstatning. Særligt gælder det for sundhedsforsikringer, at selskaberne har et specifikt brug for at vide, om lægen vurderer, at kunden har behov for behandling eller undersøgelse.

Forsikringsaftaleloven (FAL) afgrænser i øvrigt, hvilken type helbredsoplysninger selskabet må bruge ved tegning af en forsikring.

Selskabernes adgang til at videregive helbredsoplysninger om kunden reguleres af tavsheds- og videregivelsesreglerne i kapitel 9 i Lov om finansiel virksomhed (FIL). Selskaberne må ikke videregive helbredsoplysninger uden samtykke fra den, som helbredsoplysningerne vedrører. Videregivelsesreglerne i Lov om finansiel virksomhed (FIL) er særregler, som på dette område går forud for Databeskyttelsesforordningens og Databeskyttelseslovens (DBL) regler, da den registrerede (kunden) har en bedre retstilling efter reglerne i Lov om finansiel virksomhed (FIL).

<sup>7</sup> Sundhedslovens § 44, stk. 3 og bekendtgørelse nr. 509 af 13. maj 2018 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger.

<sup>8</sup> Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018 vedr. autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.).

### 3.3.1 Hvilke helbredsoplysninger må selskabet bruge?

Forsikringsaftaleloven (FAL) regulerer, hvilke helbredsoplysninger selskabet må og ikke må bruge i vurderingen af kundens forsikringsrisiko<sup>9</sup>.

### 3.3.2 Hvilke oplysninger må selskabet gerne bruge?

Selskabet må gerne anmode om, indhente eller modtage og bruge oplysninger om en persons nuværende eller tidligere sygdomme og kontakter til læge eller andre behandlere, herunder fx oplysninger om forebyggende undersøgelser hos læger eller sygehuse, hvis kontrollerne vedrører sygdomme, som personen tidligere har haft, eller som allerede er i udbrud.

Da forbuddet i Forsikringsaftalelovens (FAL) § 3a ikke gælder i forhold til kundens aktuelle eller tidligere helbredstilstand, må selskabet gerne modtage oplysninger om en diagnose, der er stillet på baggrund af fx en DNA-test, hvis diagnosen dokumenterer kundens aktuelle eller tidligere helbredstilstand, men selskabet må ikke i øvrigt anvende DNA-testen.

Har en screeningundersøgelse vist tegn på sygdom, kan oplysningerne herom indhentes, modtages og bruges. Resultater af screeningundersøgelser gennemført som opfølgning på tidligere sygdomsforløb kan også indhentes, modtages og anvendes.

### 3.3.3 Hvilke oplysninger må selskabet ikke bruge?

Selskabet skal sikre, at der ikke i forbindelse med indgåelse af forsikrings- og pensionsaftaler anmodes om, indhentes eller modtages og bruges oplysninger, der kan belyse en persons arveanlæg og risiko for at udvikle eller pådrage sig sygdomme. Forbuddet omfatter alle oplysninger, der ikke vedrører personens aktuelle eller tidligere helbredstilstand, men som siger noget om pågældendes arveligt betingede risiko for i fremtiden at udvikle eller pådrage sig sygdomme.

Selskabet må heller ikke spørge om, hvorvidt den pågældende tidligere har fået foretaget en "prædiktiv" undersøgelse. Forbuddet omfatter i praksis fx DNA-analyser, undersøgelse af proteinstoffer, blodtypeundersøgelser, vævstypeundersøgelser, fremtoningspræg eller andre undersøgelser, der udføres med henblik på at bedømme en - i den pågældende henseende - rask persons arveligt betingede risiko for senere at blive syg. Selskabet må heller ikke kræve undersøgelser, som er nødvendige for at tilvejebringe sådanne oplysninger.

Selskabet må ikke indhente resultat af screeningundersøgelser, der er foretaget i forbindelse med udredning af en arveligt betinget risiko for at udvikle en sygdom. Forbuddet indebærer også, at der ikke specifikt må anmodes om oplysninger om forebyggende screeningundersøgelser for arveligt betingede sygdomme, hvor undersøgelsen alene har vist en arveligt betinget risiko for at udvikle en sygdom.

---

<sup>9</sup> FAL § 3a: "Selskabet må ikke i forbindelse med eller efter indgåelse af aftaler efter denne lov anmode om at indhente eller modtage og bruge oplysninger, der kan belyse en persons arveanlæg og risiko for at udvikle eller pådrage sig sygdomme, herunder kræve undersøgelser, som er nødvendige for at tilvejebringe sådanne oplysninger. Det gælder dog ikke oplysninger om den pågældendes nuværende eller tidligere helbredstilstand".

Selskabet må ikke anmode om, indhente eller modtage og bruge oplysninger om andre personers, fx slægtnings, aktuelle eller tidligere helbredstilstand ved forsikrings- og pensionstegning mv. Dette gælder ved indgåelse af nye aftaler og ved ændringer i eksisterende aftaler.

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

### **3.4 Oplysninger til kunden**

Når selskabet har brug for en FP-attest, skal det oplyse kunden om, at denne skal bestille tid hos en læge til udfyldelse af FP-attesten. I den forbindelse skal selskabet gøre det klart for kunden, at denne ved tidsbestillingen skal oplyse om, hvilken FP-attest der ønskes udfyldt. Kun på den måde kan lægen afsætte tilstrækkelig tid til at udfylde FP-attesten.

*Særligt om den digitale løsning:* Når selskabet sender en digital anmodning, får kunden automatisk besked på SMS og/eller mail om at bestille tid ved den læge, som er valgt til at udfylde FP-attesten. Samtidig modtager lægen en attestanmodning i sit lægesystem. Attestanmodningen indeholder bl.a. den FP-attest, som lægen skal udfylde og returnere digitalt.

### **3.5 Særligt om FP 100 (helbredsattesten)**

Som beskrevet ovenfor skal selskabet fortælle kunden, hvad denne skal gøre for at få udfyldt en given FP-attest. Særligt i forhold til FP 100 gælder det, at selskabets oplysninger til kunden supplerer den tilsvarende oplysning, som findes på helbredsattestens første side under overskriften "Til forsikringssøgende".

Selskabet skal skrive i afsnittet "Til lægen" på attestens første side, hvis lægen skal fokusere på noget specielt ved udfyldelsen. Uanset om selskabet har skrevet, at lægen skal fokusere på noget specielt eller ej, skal lægen udfylde hele attesten.

Lægen udfylder helbredsattesten i sit lægesystem, printer den udfyldte attest, får patientens underskrift på attesten og sender den til selskabet. På den måde sikres det, at lægen har nemt ved at udfylde attesten, og at selskabet ikke får problemer med at læse svarene.

*Særligt om den digitale løsning:* Hvis lægen modtager anmodningen om helbredsattesten (FP 100) digitalt, udfylder og sender lægen attesten digitalt. I den digitale løsning er der indbygget en funktion, der sikrer, at patienten efterfølgende underskriver attesten digitalt, inden den sendes videre til selskabet. Lægen skal således ikke sørge for det.

Det er afgørende for selskabernes risikovurdering, at helbredsattesten er udfyldt fyldestgørende, og at der er vedlagt eventuelt relevant materiale, som kan supplere de svar, som lægen har givet i attesten. Det kan fx være lægebrev, udskrivningsbrev, laboratoriesvar eller andre relevante journaluddrag. Det materiale, som lægen vedlægger, skal supplere - og ikke dokumentere - de svar, som lægen har givet i attesten. På den måde sikres det, at selskaberne får en fyldestgørende helbredsattest og det relevante materiale samtidig med, at lægen ikke skal bruge unødvendige ressourcer på at vedlægge materiale, som blot dokumenterer de svar, som lægen har skrevet i attesten. Lægen skal kun bruge tid på at vedlægge materiale, som supplerer svarene i attesten.

## 3.6 Særligt om sundhedsforsikringer og FP 710

Forsikring & Pension

### 3.6.1 Selskabets behov for en lægelig vurdering

For at kunne vurdere, om en behandling eller en undersøgelse er dækket af kundens sundhedsforsikring, har selskabet i nogle situationer brug for en lægelig vurdering af kundens behov for undersøgelse eller behandling.

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

Vurderingen af kundens behov for undersøgelse eller behandling kan foretages af en alment praktiserende læge, en speciallæge eller af selskabets lægekonsulent. I sidstnævnte tilfælde kan vurderingen ske på baggrund af oplysningerne i sundhedsforsikringsattesten (FP 710).

Det er selskabet, som på baggrund af de lægelige oplysninger træffer afgørelse om, hvorvidt en kunde opfylder betingelserne for at kunne benytte sin sundhedsforsikring. For at en undersøgelse eller behandling er dækningsberettiget, skal det – som oftest – være sandsynligt, at der er udsigt til væsentlig og varig bedring.

Selskabet kan basere vurderingen på følgende lægelige oplysninger:

- a) En kopi af en henvisning til undersøgelse eller behandling i det offentlige.
- b) En lægelig vurdering af kundens behov for undersøgelse eller behandling i form af sundhedsforsikringsattesten (FP 710) (psykolog uden om den offentlige sygesikring, diætistbehandling og kiropraktorbehandling).
- c) Andre relevante helbredsoplysninger.

I det følgende er det beskrevet, hvordan selskaberne kan indhente de forskellige typer af oplysninger.

#### **a) Kopi af henvisning (når kriterierne for henvisning via sygesikringen er opfyldt)**

Hvis kunden ønsker at bruge sin sundhedsforsikring, kan selskabet lægge en henvisning via sygesikringen til grund for vurderingen af, om kundens sundhedsforsikring dækker en bestemt undersøgelse eller behandling. I så fald har selskabet brug for en kopi af henvisningen.

Henvisning via sygesikringen kan kun ske til ydelser, hvortil der kan henvises i offentligt regi, f.eks. speciallæge, psykolog (dog kun i bestemte tilfælde) og fysioterapeut.

Lægens beslutning om at udstede en henvisning må ikke påvirkes af, hvorvidt kunden har en sundhedsforsikring. Hvis lægen vurderer, at der er indikation for at henvise patienten til yderligere undersøgelse eller behandling via sygesikringen, laver lægen en henvisning på sædvanlig vis.

### 3.6.2 Hvordan får selskabet en kopi af henvisningen?

Selskabet bede oftest kunden selv om at indsende en kopi af henvisningen. Selskabet orienterer i den forbindelse kunden om, hvordan vedkommende kan få en kopi af henvisningen:

- **Hvis lægen allerede har lavet en henvisning:** Selskabet vejleder kunden om at indhente en kopi af henvisningen på sundhed.dk. Det er gratis for kunden. Alternativt kan kunden kontakte den henvisende læge og få udleveret en kopi af den henvisning, som lægen har sendt til Refhost/Henvisningshotellet. Udskrivning af henvisning er i dette tilfælde sygesikringen uvedkommende, og et eventuelt honorar afregnes privat af kunden.
- **Hvis kunden under konsultationen, hvor henvisningen udstedes, oplyser, at han ønsker at bruge sin sundhedsforsikring:** Lægen vejleder kunden om at indhente en kopi af henvisningen på sundhed.dk eller medgiver kunden en kopi af henvisningen ved afslutningen af konsultationen. Henvisningen lægges stadig (om muligt) ud på RefHost/Henvisningshotellet, så behandleren kan hente den. Der opkræves ikke særskilt honorar fra kunden.

Selskabet kan også vælge selv at indhente kopi af henvisningen direkte hos lægen. Dette sker dog i praksis yderst sjældent. Selskabet har i så fald to muligheder:

- Hvis selskabet **kun** ønsker en kopi af henvisningen, skal selskabet gøre brug af den relevante journalanmodningsblanket (FP 105). Selskabet skal vedlægge kopi af kundens skriftlige samtykke (FP 005). Journalanmodningsblanketten (FP 105) giver selskabet mulighed for samtidig at indhente kopi af andre relevante helbredsoplysninger.
- Hvis selskabet ikke kun har brug for kopi af henvisningen, men **samtidig** ønsker lægens svar på de aftalte spørgsmål om kundens helbredstilstand, skal selskabet anvende sundhedsforsikringsattesten (FP 710).

#### **b) Lægelig vurdering af undersøgelses- og behandlingsbehov (når kriterierne for henvisning via sygesikringen ikke er opfyldt)**

I de situationer, hvor selskabet allerede på forhånd ved, at undersøgelsen eller behandlingen ikke er omfattet af sygesikringen (psykologhjælp uden om sygesikringen, diætist, kiropraktor) anvendes sundhedsforsikringsattesten (FP 710), hvis selskabet har behov for en lægelig vurdering af kundens undersøgelses- eller behandlingsbehov.

Hvis en patient under en konsultation nævner, at patienten ønsker at gøre brug af en sundhedsforsikring og derfor ønsker en henvisning, men lægen ikke finder indikation for at lave en henvisning via sygesikringen, skal lægen fastholde denne vurdering. Lægen kan evt. opfordre patienten til at kontakte sit forsikringsselskab for at få afklaret, om der er behov for, at lægen udfylder attesten LÆ 710.

Regningen for udfyldelse af sundhedsforsikringsattesten (FP 710) sendes til selskabet, hvis der foreligger en skriftlig anmodning fra selskabet, eller hvis kunden møder op med attesten og en besked fra selskabet om, at selskabet skal bruge attesten. Hvis lægen er tvivl om, hvorvidt et selskab vil betale for udfærdigelse af sundhedsforsikringsattesten (FP 710), må lægen opkræve honoraret fra kunden.

### c) Andre relevante helbredsoplysninger

I enkelte tilfælde kan selskabet have behov for at indhente andre relevante helbredsoplysninger. Dette kan fx være tilfældet, hvis der er tvivl om årsagssammenhængen, eller hvis det skal afklares, om der er tale om forudbestående eller kroniske lidelser.

Når selskabet indhenter yderligere helbredsoplysninger fra kundens egen læge, kan det ske via sundhedsforsikringsattesten (FP 710). Hvis selskabet indhenter oplysningerne direkte fra kundens læge uden, at kunden er til stede, når lægen udfylder attesten, skal selskabet vedlægge kopi af kundens skriftlige samtykke (FP 005).

Hvis selskabet har brug for en kopi af dele af kundens journal, skal selskabet indhente disse via FP 105. Selskabet skal vedlægge kopi af kundens skriftlige samtykke (FP 005). Dette vil forekomme sjældent.

#### 3.6.3 Selskabets anmodning om sundhedsforsikringsattesten (FP 710)

Sundhedsforsikringsattesten (FP 710) må kun udfyldes på skriftlig anmodning fra selskabet, eller hvis kunden møder op med attesten og en besked fra selskabet om, at selskabet skal bruge attesten.

Lægen honoreres kun, hvis selskabet har bedt om, at attesten skal udfyldes. De fleste selskaber betaler ikke for attester, som de ikke har bedt om, jf. forsikringsbetingelserne. Det betyder, at regningen ender hos kunden, hvis lægen har udfyldt attesten uden, at selskabet har bedt om det.

Hvis lægen er tvivl om, hvorvidt selskabet vil betale for udfærdigelse af attesten, må lægen opkræve honoraret fra kunden.

Selskaberne har forskellig praksis for, hvordan de formidler deres ønske om, at lægen udfylder attesten. Dette kan fx ske ved, at selskabet sender et brev eller en mail til kunden om, at denne bør kontakte egen læge for at få udfyldt attesten. Andre selskaber giver telefonisk kunden besked om, at denne skal printe attesten og få egen læge til at udfylde den. Andre selskaber sender en digital anmodning om udfyldelse af sundhedsforsikringsattesten, hvorved kunden får automatisk besked på SMS og/eller mail om at bestille tid hos den valgte læge til udfyldelse af attesten.

Det er i alle tre tilfælde kundens opgave at bestille tid hos lægen og få udfyldt attesten af lægen. Lægen sender herefter den udfyldte attest og regningen på det aftalte beløb til selskabet. Hvis lægen har modtaget anmodningen om udfyldelse af attesten digitalt, udfylder og sender lægen den udfyldte attest og regningen digitalt.

Attesten er i udgangspunktet en fremmødeattest, som lægen udfylder sammen med kunden. Hvis selskabet eller kunden ønsker, at lægen skal udfylde attesten uden, at kunden er til stede imens, skal selskabet medsende kopi af kundens skriftlige samtykke.

## 4. Samtykkereglerne

Selskabet må kun indhente helbredsoplysninger inden for aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension, hvis kunden har givet sit skriftlige samtykke hertil. Selskabet skal derfor indhente kundens samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger, før selskabet henvender sig til lægen.

Samtykket afgives altid af den person, som der indhentes oplysninger om, jf. dog afsnittene om børn og unge samt afsnittet om afdøde. Sædvanligvis er det kunden selv, der indhentes oplysninger om, og det er derfor sædvanligvis kunden selv, der skal afgive samtykket. Det er dog ikke altid tilfældet med fx rejse- og afbestillingsforsikringer, hvor det kan være sygdom hos et familiemedlem til kunden, der er årsag til aflysning eller afbrydelse af en rejse. I det tilfælde er det familiemedlemmet og ikke kunden, der skal afgive samtykket.

Et samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger skal være skriftligt, informeret, specifikt og frivilligt og indeholde oplysninger om, hvilke typer oplysninger der må videregives til hvem og til hvilket formål.

Et samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger er gyldigt i et år fra underskriftdatoen. Inden for denne periode kan selskabet benytte samtykket, hver gang selskabet indhenter helbredsoplysninger til brug for den samme forsikrings sag.

Har kunden afgivet samtykke i forbindelse med tegning af forsikringen, må dette samtykke ikke benyttes til at indhente helbredsoplysninger i forbindelse med en forsikringsbegivenhed. Det gælder også, selvom forsikringsbegivenheden indtræder under et år efter, at det oprindelige samtykke er afgivet af kunden.

Selvom samtykket i udgangspunktet er gyldigt i et år, kan kunden tilbagekalde samtykket til enhver tid med virkning fremadrettet. Kunden skal i så fald meddele selskabet, at samtykket ønskes tilbagekaldt. Muligheden for tilbagekaldelse fremgår af samtykket. Hvis samtykkegiveren dør, bortfalder samtykket.

Konsekvensen af at tilbagekalde et samtykke kan være, at selskabet ikke kan færdigbehandle sagen og dermed heller ikke udbetale erstatning.

### 4.1 Særligt om samtykke - børn under 15 år

Det er selskabets ansvar at sikre, at samtykket er behørigt underskrevet af forældremyndighedsindehaver/-ne. Selskabet står over for lægen eller sygehuset inde for, at dette er tilfældet.

Ved fælles forældremyndighed skal begge forældremyndighedsindehavere underskrive samtykket, eller der skal foreligge en fuldmagt fra den ikke-underskrivende forældremyndighedsindehaver til, at den underskrivende part er berettiget til at give samtykke på begge forældremyndighedsindehaveres vegne<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Forsikring & Pension har været i dialog med Sundhedsstyrelsen, som bekræfter, at sundhedsvæsenets ansatte næppe har hjemmel til at videregive sådanne helbredsoplysninger til selskaberne, medmindre begge forældremyndighedsindehavere har skrevet under på samtykkeerklæringen.

#### **4.2 Særligt om samtykke - unge mellem 15 og 17 år**

Unge mellem 15 og 17 år har efter sundhedsloven selvbestemmelsesret og samtykkekompetence til at videregive helbredsoplysninger.

Er kunden mellem 15 og 17 år, og har vedkommende de personlige forudsætninger for at forstå indholdet i og konsekvenserne af et givet samtykke, kan kunden selv afgive samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til selskabet.

Hvis en kunde på mellem 15 og 17 år ikke er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedsindehaver/-ne give samtykke til videregivelsen.

De unge mellem 15 og 17 år, der selv er i stand til at afgive samtykke, skal anvende de aftalte samtykkeerklæringer til voksne. De unge mellem 15 og 17 år, som ikke selv er i stand til at afgive samtykke, skal anvende de aftalte samtykkeerklæringer til børn.

#### **4.3 Særligt om samtykke - afdøde**

Det er selskabets ansvar at sikre, at samtykket er behørigt underskrevet af den/de berettigede, jf. sundhedslovens § 45. Selskabet står over for lægen eller sygehuset inde for, at dette er tilfældet.

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339



## 5. Den praktiske indhentning af helbredsoplysninger

Når selskabet har indhentet kundens samtykke, kan selskabet indhente de helbredsoplysninger, som efter selskabets vurdering er relevante for, at selskabet kan bedømme den forsikringsmæssige risiko eller fastsætte en eventuel erstatnings størrelse. Det samme gælder, hvis selskabet skal vurdere, om kundens sundhedsforsikring dækker en given behandling eller undersøgelse.

### 5.1 Hvordan indhentes samtykke?

Inden selskabet må indhente helbredsoplysninger hos lægen, skal selskabet have et skriftligt samtykke fra kunden, jf. dog afsnittene om børn og afdøde ovenfor.

Der er aftalt følgende samtykkeerklæringer:

- FP 001 Livs- og pensionsforsikring – tegning og ændring
- FP 002 Forsikring ved visse kritiske sygdomme – tegning og ændring
- FP 003 Forsikring ved visse kritiske sygdomme – skade
- FP 004 Tab af erhvervsevne forsikring – skade
- FP 005 Sundhedsforsikring – skade
- FP 006 Ulykkes- og sygdomsforsikring – skade
- FP 007 Arbejdsskadeforsikring – skade
- FP 008 Ansvarsforsikring – skade
- FP 009 Sygedriftstabsforsikring – skade
- FP 010 Lønsikrings- og arbejdsløshedsforsikring – skade
- FP 011 Afbestillingsforsikring – skade
- FP 012 Rejseforsikring – skade
- FP 013 Skadesforsikring – afdød
- FP 014 Livsforsikring – afdød
- FP 015 Forsikring ved visse kritiske sygdomme – skade – børn
- FP 016 Sundhedsforsikring – skade – børn
- FP 017 Ulykkes- og sygdomsforsikring – skade – børn
- FP 018 Arbejdsskadeforsikring – skade – børn
- FP 019 Ansvarsforsikring – skade – børn
- FP 020 Afbestillingsforsikring – skade – børn
- FP 021 Rejseforsikring – skade – børn
- FP 022 Skadesforsikring – afdød - børn

De aftalte samtykkeerklæringer bruges til indhentning af helbredsoplysninger sammen med de aftalte journalanmodningsblanketter.

### 5.2 Digital underskrift

Lovgivningen giver mulighed for, at selskabet indhenter kundens samtykke ved hjælp af digital underskrift. Lægen skal behandle en anmodning om helbredsoplysninger baseret på et digitalt underskrevet samtykke på samme vis, som var samtykket underskrevet med pen.

Der er ikke i gældende lovgivning formkrav til hverken almindelige eller digitale samtykker, ligesom lovgivningen heller ikke fastsætter nærmere regler for, hvordan og hvornår den indhentende part skal dokumentere et digitalt underskrevet samtykke over for tredjepart.

Forsikring & Pension og Lægeforeningen er enige om, at såfremt selskabet anvender digitalt underskrevet samtykke, skal det fremgå af samtykket, at selskabet

indestår for, at kunden har underskrevet samtykket digitalt. Selskabet står endvidere inde for, at den digitale underskrift er i selskabets besiddelse, og at den er gyldig.

Kopi af det digitalt underskrevne samtykke skal fremsendes til lægen, men selskabet skal ikke – som en generel praksis – fremsende kopi af den tekniske fil (PID-filen) som yderligere dokumentation for samtykkets gyldighed. Hvis lægen i enkelte, konkrete sager har mistanke om et samtykkes ægthed, skal lægen kontakte kunden og selskabet.

### 5.3 Journalanmodningsblanketter

Selskabet har ofte brug for at indhente kopi af relevante journaloplysninger. Det sker typisk, når selskabet skal vurdere, om kunden har været ude for en dækningsberettiget hændelse, hvis der er tvivl om årsagssammenhæng mellem hændelsen og dækning, eller hvis der er tvivl om, hvorvidt hændelsen er indtrådt i forsikringstiden. Det kan også være relevant for selskabets risikovurdering, når kunden vil købe en individuel livs- eller pensionsforsikring eller ændre i en eksisterende.

Der er aftalt 14 journalanmodningsblanketter til brug for indhentning af kopi af journaloplysninger, hvor teksten og afkrydsningsmulighederne i anmodningsblanketterne er tilpasset det pågældende forsikringsprodukt. De 14 blanketter fremgår af Bilag A.

#### 5.3.1 Præcis og målrettet anmodning

Selskabet skal spørge så præcist og så målrettet som muligt om de journaloplysninger, som selskabet anser for relevante i den konkrete sag. Det skal derfor af journalanmodningen klart fremgå:

- Fra **hvem** selskabet indhenter oplysningerne.
- **Hvorfor** selskabet har brug for oplysningerne.
- Præcist for, hvilken **tidsperiode** selskabet har brug for oplysningerne.
- Hvilke **legemsdele eller sygdomme** selskabet anmoder oplysninger om.
- Hvilke **typer af oplysninger** selskabet anmoder om.

Selskabet skal derfor forud for fremsendelse af journalanmodningen til lægen:

- **Tilpasse** den frie tekst (felter markeret med gult), så anmodningen er tilpasset den konkrete sag.
- **Fjerne** den valgfrie tekst (tekst markeret med kursiv), hvis den er irrelevant for den konkrete sag.
- **Afkrydse**, for hvilke legemsdele eller sygdomme selskabet beder om kopi af klinikkens/sygehusets egne notater<sup>11</sup>.
- **Afkrydse**, hvilke øvrige oplysninger selskabet beder om kopi af<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Klinikens/sygehusets egne notater er oplysninger, som klinikens/sygehusets ansatte selv har gjort i journalen.

<sup>12</sup> Øvrige oplysninger er oplysninger, som lægen enten har sendt videre i form af fx henvisninger, eller oplysninger, som lægen har modtaget fra andre i form af fx epikriser.

Herudover kan selskabet skrive en kort besked til lægen med informationer, som er relevant for lægens besvarelse af anmodningen.

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

### *5.3.2 Oplysninger, der ligger mere end fem år forud for afgivelse af helbredserklæring*

Selskabet kan i nogle tilfælde have behov for at indhente journaloplysninger for tiden før kundens køb af forsikring. Behovet vil typisk opstå, når en kunde ønsker at tegne en individuel livs- eller pensionsforsikring, og selskabet har brug for at vide, hvornår en sygdom eller nogle symptomer opstod, og hvordan forløbet har været i perioden. Det kan fx være relevant, hvis patienten har en kronisk sygdom.

Når selskabet indhenter journaloplysninger for en tidsperiode, der strækker sig mere end fem år forud for datoen for kundens afgivelse af helbredserklæring til selskabet, skal selskabet begrunde det særskilt over for lægens i anmodningsblanketten.

### *5.3.3 Oplysninger der ligger mere end fem år forud for skadestidspunktet*

Selskabet kan have behov for at indhente journaloplysninger for tiden før kundens tilskadekomst (skadestidsdatoen), eller for tiden før kundens sygdom blev konstateret (datoen for konstatering af sygdommen). Behovet vil typisk opstå, når selskabet skal vurdere, om der er årsagssammenhæng mellem tidligere og aktuelle skader og symptomer.

Når selskabet indhenter journaloplysninger for en tidsperiode, der strækker sig mere end fem år forud for skadesdatoen eller datoen for konstatering af kundens sygdom, skal selskabet begrunde det særskilt over for lægen i anmodningsblanketten.

Pligten til at begrunde indhentning af journaloplysninger, der strækker sig mere end fem år forud for skadesdatoen, gælder også i ansvars- og arbejdsskadesager. Disse sager adskiller sig fra sager om fx tab af erhvervsevne og ulykkesforsikringsager ved, at skadelidte ikke er den person, som har indgået forsikringsaftalen med selskabet. Selskabet får således først kendskab til skadelidte på tidspunktet for anmeldelsen af forsikringsbegivenheden (dvs. på eller efter skadestidspunktet). Der er derfor i relation til skadelidte ikke noget tegningstidspunkt, og selskabet har således ikke haft mulighed for at indhente oplysninger om skadelidte i forbindelse med tegningen af forsikringen.

### *5.3.4 Oplysninger om afdøde*

Efter sundhedslovens § 45 kan en læge - og skal efter anmodning - videregive oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde til afdødes nærmeste pårørende, afdødes alment praktiserende læge og den læge, der havde afdøde i behandling, såfremt det ikke må antages at stride mod afdødes ønske og hensynet til afdøde, eller såfremt andre private interesser ikke taler afgørende herimod.

Lægen kan desuden videregive oplysninger uden patientens samtykke efter værdispringsreglen i sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 2, hvoraf det følger, at videregivelse kan ske, hvis det er nødvendigt for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patient, sundhedsperson eller andre.

Efter sundhedslovens regler er lægen altså berettiget til at videregive oplysninger om afdødes helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til bl.a. forsikrings- og pensionsselskaber, hvis videregivelsen er nødvendig for en berettiget varetagelse af væsentlige hensyn til andre end den afdøde, herunder personer, der måtte være berettiget til en forsikringsudbetaling.

Berettigede personer kan være såvel nære pårørende som personer, der ikke har familiemæssig tilknytning til afdøde. Videregivelsen kan være berettiget, selv om afdøde udtrykkeligt skulle have modsat sig, at de pårørende underrettes om sygdomsforløb mv.

Selskabet skal over for lægen i anmodningen forklare, hvilke oplysninger der er nødvendige. Lægens videregivelse af disse oplysninger vil være berettiget forudsat, at den berettigede efter afdøde har givet samtykke til, at lægen videregiver oplysninger om afdøde til selskabet.

#### **5.4 Lægens svar (FP 610)**

Når lægen besvarer en anmodning om journaloplysninger, skal lægen benytte Lægens svar (FP 610), som har to overordnede svarmuligheder:

1. Hvis lægen er i besiddelse af de oplysninger, som selskabet har anmodet om.
2. Hvis lægen ikke er i besiddelse af de oplysninger, som selskabet har anmodet om.

##### Ad 1 Lægen er i besiddelse af de ønskede oplysninger

Hvis lægen er i besiddelse af de relevante oplysninger, skal lægen ved afkrydsning tilkendegive, om lægen har vedlagt kopi af alle de oplysninger, som selskabet har anmodet om, eller kun dele af disse.

Det fremgår af Lægens svar (FP 610), at lægen ifølge Sundhedsloven kun må videregive oplysninger, som er relevante på baggrund af selskabets anmodning.

*Særligt om den digitale løsning:* Lægen kan vedlægge kopi af de relevante oplysninger i form af en særskilt fil. Alternativt kan lægen kopiere de relevante oplysninger ind i Svarfeltet i Lægens svar (FP 610). I begge tilfælde skal lægen udfylde og medsende Lægens svar (FP 610).

##### Ad 2 Lægen er ikke i besiddelse af de ønskede oplysninger

Hvis lægen ikke er i besiddelse af de oplysninger, som selskabet anmoder om, eller hvis lægen kun er i besiddelse af nogle af oplysningerne, skal lægen ved afkrydsning tilkendegive dette.

Lægen skal desuden ved afkrydsning markere, hvorfor lægen ikke er i besiddelse af (alle) de ønskede oplysninger.

##### *5.4.1 Kun videregivelse af relevante oplysninger*

Lægen må kun videregive de oplysninger, som er relevante i forhold til selskabets anmodning.

Lægeforeningen og Forsikring & Pension er enige om, at følgende kategorier af oplysninger er irrelevante:

- Andre oplysninger end dem, selskabet har anmodet om.
- Oplysninger om tredjemand, medmindre oplysningerne er lægefagligt relevante for det konkrete undersøgelses- og behandlingsforløb.
- Oplysninger om race eller etnisk oprindelse, medmindre oplysningerne er lægefagligt relevante for det konkrete undersøgelses- og behandlingsforløb.
- Oplysninger om politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning.
- Oplysninger om fagforeningsmæssigt tilhørsforhold.

## 5.5 FP-attester

Der er udarbejdet en række FP-attester til brug for indhentning af specifikke helbredsoplysninger og vurdering af kundens helbredstilstand. FP-attesterne består af en række spørgsmål, som lægen skal besvare sammen med kunden.

Der er aftalt følgende typer af FP-attester:

- Egenlægeattester, hvor honorar og vilkår følger af aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring & Pension.
- Andre attester, hvor den enkelte læge og det enkelte selskab selv aftaler honorar og vilkår for attestudstedelsen.

En fuldstændig oversigt over FP-attesterne, inklusive attestnumrene, findes i Bilag A.

### 5.5.1 Tidsgrænser i FP-attesterne

På baggrund af en henstilling fra Forsikring & Pensions bestyrelse er der indarbejdet tidsgrænser i alle FP-attesterne. Formålet med tidsgrænserne er at sikre, at selskabet kun anmoder om - og lægen kun videregiver - de helbredsoplysninger, som er relevante i den konkrete sag.

Det betyder, at selskabet indledningsvis i attesten skal angive, hvor mange år tilbage i tid det er nødvendigt, at lægen kigger sin journal igennem ved besvarelsen af attestens spørgsmål om forudbestående lidelser.

Feltet, hvor selskabet skal angive, hvor langt tilbage lægen skal gennemgå journalen, ser således ud:

**Til lægen (udfyldes af selskabet):**

Spørgsmål 5b og 5c i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er den: \_\_\_\_\_

ddmm-yyyy

Selskabet skal erstatte [10] med et andet tal, hvis selskabet har behov for, at lægen kigger journalen igennem for en kortere periode. Selskabet skal også rette [10] i selve spørgsmålene i attesten. I det viste tilfælde altså spørgsmål 5b og 5c.

*Særligt om den digitale løsning:* Hvis selskabet benytter den digitale løsning, sker tilpasningen af [10] automatisk i de relevante steder i FP-attesten.

### 5.5.2 Lægens besvarelse af FP-attester

Lægen besvarer en attestanmodning ved - sammen med kunden - at besvare spørgsmålene i FP-attesten. Besvarelsen kræver ofte, at lægen ikke kun benytter afkrydsningsmulighederne, men også uddyber svarene med beskrivelser. I den forbindelse bør lægen - inden for rækkevidden af kundens samtykke - vedlægge kopi af relevante helbredsoplysninger.

Det kan fx være lægebrev, udskrivningsbrev, laboratoriesvar eller andre relevante journaluddrag. Det materiale, som lægen vedlægger, skal supplere - og ikke dokumentere - de svar, som lægen har givet i FP-attesten. På den måde sikres det, at selskabet får en fyldestgørende attest og det relevante materiale samtidig med, at lægen ikke skal bruge unødvendige ressourcer på at vedlægge materiale, som blot dokumenterer de svar, som lægen har skrevet i attesten. Lægen skal kun bruge tid på at vedlægge materiale, som supplerer svarene i attesten.

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

## 6. Lægens rolle og pligter

Læger, der udfærdiger erklæringer eller attester i egenskab af autoriseret sundhedsperson, er under strafansvar forpligtet til at udvise omhu og uhildethed<sup>13</sup>. Det indebærer bl.a., at lægen skal afgive objektive oplysninger.

Samtidig er alle sundhedspersoner under udøvelsen af deres virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp mv.<sup>14</sup>

I medfør af Sundhedslovens videregivelsesregler kan lægen videregive helbredsoplysninger, oplysninger om øvrige, rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. Der gælder ingen lovgivningsmæssig grænse for, hvor langt tilbage i tid selskabet må indhente og lægen videregive oplysninger. Eneste begrænsning er, at oplysningerne skal være relevante og tilstrækkelige for selskabets behandling af den konkrete sag, og at de oplysninger, som selskabet indhenter om kunden, ikke må omfatte mere end nødvendigt.

Det er i udgangspunktet selskabet, der inden for de begrænsninger, der følger af Forsikringsaftalelovens (FAL) § 3a, vurderer, hvilke oplysninger der er relevante for vurdering af den forsikringsmæssige risiko, en eventuel erstatnings størrelse eller dækning af undersøgelse eller behandling. Det gælder også oplysninger om blodprøveresultater, røntgen, MR- og CT-scanning, epikriser, medicinkort mv.

I henhold til Forsikringsaftaleloven (FAL) og de almindelige erstatningsregler (EAL) er det selskabet, der har kompetencen til at vurdere, hvilke helbredsoplysninger der er relevante for vurderingen af den forsikringsmæssige risiko eller for fastsættelsen af en eventuel erstatnings størrelse.

Det vil kunne skade kundens interesser, hvis oplysningerne ikke er ajourførte og fyldestgørende, idet selskabet ikke er bundet af forsikringsaftalen, hvis det senere viser sig, at alle relevante forhold ikke er oplyst. I så fald vil selskabet alene kunne udbetale delvis eller muligvis slet ingen erstatning.

Hvis kunden ønsker, at lægen skal undlade at videregivelse nogle oplysninger, som må antages at have betydning for selskabets vurdering af sagen, skal lægen afvise at medvirke hertil.

### 6.1 Ved tvivl om samtykkets afgivelse

Hvis lægen er i tvivl om, hvorvidt kunden ved afgivelsen af samtykket rent faktisk har accepteret videregivelse af de konkrete oplysninger, kan lægen kontakte kunden.

I tvivlstilfælde bør lægen således sikre sig, at kunden er indforstået med, at de konkrete oplysninger bliver videregivet til selskabet. Lægen kan eventuelt i Lægens svar (FP 610) anføre, at kunden er blevet kontaktet<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, § 20, stk. 1.

<sup>14</sup> Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, § 17.

<sup>15</sup> Sundhedslovens § 44, stk. 3 og bekendtgørelse nr. 509 af 13. maj 2018 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger.

## 6.2 Ved tvivl om, hvilke oplysninger selskabet anmoder om

Selskabet har som tidligere beskrevet pligt til at begrunde, hvorfor det anmoder om videregivelse af journaloplysninger. Alligevel kan der opstå situationer, hvor lægen kan blive i tvivl om, hvilke oplysninger selskabet rent faktisk har brug for.

I sådanne tilfælde bør lægen kontakte selskabet med henblik på at få præciseret, hvilke journaloplysninger selskabet har brug for i den konkrete sag. Selskabet angiver et telefonnummer på journalanmodningsblanketten, som lægen kan ringe på.

Lægen kan også undtagelsesvis sende journalanmodningsblanketten retur til selskabet med ønske om at få begrundelsen for indhentning af oplysninger præciseret.

*Særligt om den digitale løsning:* Lægen kan ikke sende journalanmodninger retur i den digitale løsning. Lægen må i så fald sende journalanmodningsblanketten retur med posten og samtidig afvise anmodningen i den digitale løsning.

## 6.3 Lægens rolle i særlige situationer – ret til indsigt

Lægeforeningen og Forsikring & Pension er enige om, at lægen skal meddele selskabet, hvis en FP-attest eller kopi af journaloplysninger i særlige tilfælde ikke må udleveres af selskabet til kunden eller dennes fuldmægtig, men kun gennem lægen.

Hvis en kunde beder om indsigt i de oplysninger, som selskabet behandler om vedkommende, er selskabet forpligtet til at imødekomme denne anmodning om indsigt, jf. Databeskyttelsesforordningen og Databeskyttelsesloven (DBL). Hvis selskabet behandler oplysninger, som en læge har meddelt kun må udleveres til kunden gennem en læge, bør selskabet på passende vis give kunden besked herom. Den læge, der har meddelt, at oplysningerne kun må gives til kunden gennem en læge, er i så fald den rette til at give kunden oplysningerne. Selskabet giver lægen besked herom.

## 6.4 Lægens rolle i særlige situationer – oplysninger om afdøde

Selskabet kan i nogle tilfælde behandle helbredsoplysninger om afdøde. Hvis den berettigede beder selskabet om indsigt i disse oplysninger, skal selskabet henvise den berettigede til den læge, som har videregivet oplysningerne til selskabet. Lægen vil herefter vurdere, om vedkommende er berettiget til at modtage helbredsoplysninger om afdøde, jf. sundhedslovens § 45.

Lægeforeningen og Forsikring & Pension er enige om, at selskabet som udgangspunkt skal undgå at udlevere oplysninger direkte til den berettigede, da afdøde kan have frabet sig, at pårørende bliver gjort bekendt med oplysninger om afdøde.



## 7. Fakturering

Lægen honoreres kun efter fremsendelse af regning til selskabet. I tilfælde af opkrævning af moms skal regningen være specificeret efter gældende regler herom.

Ved afregning skal selskabet over for lægen oplyse den pågældende kundes fulde CPR-nummer ved betaling for hver enkelt FP-attest og kopi af journaloplysninger.

Selskabet kan betale til den NemKonto, som er knyttet til CPR-/CVR-/SE-nummer, som lægen har oplyst på regningen.

*Særligt om den digitale løsning:* Når selskabet anmoder lægen om en FP-attest eller journaloplysninger via den digitale løsning, er Lægeforeningen og Forsikring & Pension enige om, at lægen skal besvare anmodningen digitalt og sende en elektronisk faktura (OIO-faktura) digitalt til selskabet.

### 7.1 Elektronisk faktura

Den elektroniske faktura skal sendes til det EAN-nr., som fremgår af anmodningens afsnit "Elektronisk faktura". I anmodningen er det angivet, om fakturaen skal sendes til det fælles EAN-nr. eller til selskabets eget EAN-nr.

Hvis fakturaen skal sendes til det **fælles EAN-nr.**, sendes den til:

- Betaler: Forsikring- eller pensionselskabets navn
- Købers ordrenummer: ddmmåånnnn-XXX
- EAN lokationsnummer: 5790002287756
- Faktureringspostkasse: Forsikring & Pension - Fællesfakturering

Når lægen sender den elektroniske faktura, er det afgørende, at lægen angiver det rigtige "Købers ordrenummer". "Købers ordrenummer" er unikt og brug af dette er nødvendigt for, at fakturaen kan blive sendt til det rigtige selskab. "Købers ordrenummer" fremgår af hver enkelt digital anmodnings afsnit "Elektronisk faktura". Købers ordrenummer består af patientens CPR-nr., en bindestreg og tre bogstaver (ddmmåånnnn-XXX).

Hvis fakturaen skal sendes til **selskabets eget EAN-nr.**, sendes den til:

- Betaler: Forsikring- eller pensionselskabets navn, som fremgår af anmodningen i afsnittet "Elektronisk faktura"
- Købers ordrenummer: Fremgår af anmodningen i afsnittet "Elektronisk faktura".
- EAN lokationsnummer: Fremgår af anmodningen i afsnittet "Elektronisk faktura".
- Faktureringspostkasse: Forsikring- eller pensionselskabets navn, som fremgår af anmodningen i afsnittet "Elektronisk faktura")

Når lægen sender den elektroniske faktura til selskabets eget EAN-nr., er det også vigtigt, at lægen angiver det oplyste "Købers ordrenummer" på fakturaen, så selskabet kan identificere betalingen og derved hurtigere betale regningen.

## 7.2 Særligt om honorar for Lægens svar (FP 610)

Forsikring & Pension

Lægens besvarelse af anmodninger om journaloplysninger via Lægens svar (FP 610) honoreres efter en model, hvor honoraret afspejler længden af den tidsperiode, som lægen skal gennemgå materiale for:

Sagsnr. GES-2018-00436  
DokID 410339

- Priskategori A – Oplysninger for en tidsperiode på op til og med 3 år – 650 kroner plus moms
- Priskategori B – Oplysninger for en tidsperiode på mere end 3 år og op til og med 6 år – 950 kroner plus moms
- Priskategori C – Oplysninger for en tidsperiode på mere end 6 år – 1.200 kroner plus moms

Længden af den tidsperiode, som selskabet anmoder om oplysninger for, kan angives på to måder:

- Enten kan selskabet angive en præcis startdato og en præcis slutdato. I så fald fastsættes priskategorien og dermed lægens honorar ud fra længden af den periode.
- Eller selskabet kan angive en præcis startdato og en slutdato, der afhænger af, hvornår lægen besvarer anmodningen. I så fald vælger selskabet "dato for lægens besvarelse" som slutdato. I disse tilfælde fastsættes priskategorien og dermed lægens honorar ud fra længden af tidsperioden fra startdatoen og til datoen for selskabets afsendelse af anmodningen.

Det betyder, at perioden fra selskabet sender en anmodning, til lægen besvarer anmodningen ("besvarelsesperioden") ikke tæller med i opgørelsen af de enkelte priskategorier. "Besvarelsesperioden" er således indeholdt i honoraret uanset, at den samlede tidsperiode på grund af "besvarelsesperioden" overstiger perioden, som defineret i henholdsvis kategori a og b.

### 7.2.1 Eksempler på priskategorier

- Eksempel 1

Selskabet anmoder i januar 2020 lægen om oplysninger for perioden januar 2017-december 2019 -> perioden er kortere end 3 år -> lægens honorar er 650 kroner plus moms.

- Eksempel 2

Selskabet anmoder i januar 2020 lægen om oplysninger for perioden januar 2010-december 2012 -> perioden er kortere end 3 år -> lægens honorar er 650 kroner plus moms.

- Eksempel 3

Selskabet anmoder i januar 2020 lægen om oplysninger for perioden januar 2010-december 2019 -> perioden er længere end 6 år -> lægens honorar er 1.200 kroner plus moms.

- Eksempel 4

Selskabet anmoder i januar 2020 lægen om oplysninger for perioden januar 2000-december 2009 -> perioden er længere end 6 år -> lægens honorar er 1.200 kroner plus moms.

- Eksempel 5

Selskabet anmoder den 31. december 2019 om journaloplysninger for perioden fra 1. januar 2017 til "dato for lægens besvarelse". Det vil sige journaloplysninger for 2017, 2018 og 2019 samt den periode, der måtte gå, inden lægen besvarer anmodningen.

- Hvis lægen besvarer anmodningen den 31. december 2019, er der tale om journaloplysninger for en periode på op til og med 3 år = priskategori A
- Hvis lægen derimod først besvarer anmodningen den 15. januar 2020, er der tale om journaloplysninger for en periode på 3 år plus de 14 dage, som anmodningen har ligget hos lægen. Da "besvarelsesperioden" er indeholdt i honoraret, vil priskategorien fortsat være priskategori A.

De tre priskategorier er indarbejdet i de 14 journalanmodningsblanketter, jf. Bilag A. Det er selskabets ansvar at sikre, at der er overensstemmelse mellem den afkrydsede priskategori og længden af den tidsperiode, som selskabet anmoder om oplysninger for.

*Særligt om den digitale løsning:* Hvis selskabet sender en anmodning om journaloplysninger i den digitale løsning, sikrer løsningen, at der er overensstemmelse mellem den afkrydsede priskategori og længden af den tidsperiode, som selskabet anmoder om oplysninger for.

### 7.3 Kun videregivelse af relevante oplysninger

Lægeforeningen og Forsikring & Pension er enige om, at de tre priser i fastprismodellen kun gælder, når lægen har frasortet eller overstreget de oplysninger, som klart ligger uden for, hvad selskabet har anmodet om, og andre irrelevante oplysninger<sup>16</sup>.

Hvis lægen har videregivet oplysninger, der klart ligger uden for, hvad selskabet har anmodet om, eller andre irrelevante oplysninger, kan selskabet gøre en af to ting:

1. Selskabet kan returnere lægens besvarelse og bede lægen om at frasortere eller overstrege de oplysninger, der klart ligger uden for, hvad selskabet har anmodet om, og andre irrelevante oplysninger. I så fald kan selskabet vente med at betale lægens honorar, indtil lægen har fremsendt en ny besvarelse uden de oplysninger, der klart ligger uden for, hvad selskabet har anmodet om, og uden andre irrelevante oplysninger. Selskabet bestemmer selv, i hvilket omfang kunden skal orienteres om årsagen til den forlængede sagsbehandlingstid.
2. Selskabet kan vælge selv at frasortere eller overstrege de oplysninger, der klart ligger uden for, hvad selskabet har anmodet om, og andre irrelevante oplysninger. I så fald skal selskabet betale lægen det aftalte honorar. Selskabet kan vælge at gøre lægen opmærksom på, at han har videregivet irrelevante oplysninger.

---

<sup>16</sup> Andre irrelevante oplysninger er oplysninger om tredjemand, medmindre oplysningerne er lægefagligt relevante for det konkrete undersøgelses- og behandlingsforløb. Oplysninger om race eller etnisk oprindelse, medmindre oplysningerne er lægefagligt relevante for det konkrete undersøgelses- og behandlingsforløb. Oplysninger om politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning. Oplysninger om fagforeningsmæssigt tilhørsforhold.

Hvis den samme læge gentagne gange videregiver oplysninger, der klart ligger uden for, hvad selskabet har anmodet om, eller andre irrelevante oplysninger, kan selskabet bede lægen om at kontakte Lægeforeningens Attestudvalg, som i så fald vil vejlede lægen om reglerne på området.

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

## Bilag A: Oversigt over alle aftalte blanketter

Forsikring & Pension

Lægeforeningen og Forsikring & Pension har indgået aftale om brug af følgende:

Sagsnr. GES-2018-00436

DokID 410339

### Samtykkeerklæringer

- FP 001 Livs- og pensionsforsikring – tegning og ændring
- FP 002 Forsikring ved visse kritiske sygdomme – tegning og ændring
- FP 003 Forsikring ved visse kritiske sygdomme – skade
- FP 004 Tab af erhvervsevne forsikring – skade
- FP 005 Sundhedsforsikring – skade
- FP 006 Ulykkes- og sygdomsforsikring – skade
- FP 007 Arbejdsskedeforsikring – skade
- FP 008 Ansvarsforsikring – skade
- FP 009 Sygedriftstabsforsikring – skade
- FP 010 Lønsikrings- og arbejdsløshedsforsikring – skade
- FP 011 Afbestillingsforsikring – skade
- FP 012 Rejseforsikring – skade
- FP 013 Skadesforsikring – afdød
- FP 014 Livsforsikring – afdød
- FP 015 Forsikring ved visse kritiske sygdomme – skade – børn
- FP 016 Sundhedsforsikring – skade – børn
- FP 017 Ulykkes- og sygdomsforsikring – skade – børn
- FP 018 Arbejdsskedeforsikring – skade – børn
- FP 019 Ansvarsforsikring – skade – børn
- FP 020 Afbestillingsforsikring – skade – børn
- FP 021 Rejseforsikring – skade – børn
- FP 022 Skadesforsikring – afdød - børn

### Journalanmodningsblanketter

- FP 101 Livs- og pensionsforsikring og forsikring ved visse kritiske sygdomme (tegning eller ændring i forsikringstiden)
- FP 103 Forsikring ved visse kritiske sygdomme (forsikringsbegivenhed)
- FP 104 Forsikring ved tab af erhvervsevne (forsikringsbegivenhed)
- FP 105 Sundhedsforsikring (forsikringsbegivenhed)
- FP 106a Ulykkesforsikring (forsikringsbegivenhed)
- FP 106b Sygdomsforsikring (forsikringsbegivenhed)
- FP 107 Arbejdsskedeforsikring (forsikringsbegivenhed)
- FP 108 Ansvarsforsikring (forsikringsbegivenhed)
- FP 109 Sygedriftstabsforsikring (forsikringsbegivenhed)
- FP 110 Lønsikrings- og arbejdsløshedsforsikring (forsikringsbegivenhed)
- FP 111 Afbestillingsforsikring (forsikringsbegivenhed)
- FP 112 Rejseforsikring (forsikringsbegivenhed)
- FP 113 Skadesforsikring (afdøde)
- FP 114 Livs- og pensionsforsikring (afdøde)

### Lægens svar

- FP 610 Lægens svar

### Egenlægeattester med aftalt fast honorar og vilkår

- FP 100 Helbredsattest
- FP 140 Gruppeliv helbredsattest
- FP 402 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 2

FP 610 Lægens svar  
FP 710 Sundhedsforsikringsattest  
FP 910 Rejseforsikringsattest

Forsikring & Pension

Sagsnr. GES-2018-00436  
DokID 410339

**Andre attester uden aftalt fast honorar og vilkår**

FP 220 Blodtryks- og lipidattest  
FP 230 HIV-Antistof attest  
FP 300 Begyndelsesattest  
FP 350 Statusattest  
FP 360 Statusattest – nakke  
FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1  
FP 410 Generel funktionsattest  
FP 420 Funktionsattest bryst og lænderyg  
FP 430 Funktionsattest skulder, overarm og albue  
FP 440 Funktionsattest underarm og håndled  
FP 450 Fingre med figur  
FP 460 Funktionsattest hofte og lår  
FP 470 Funktionsattest knæ  
FP 480 Funktionsattest fod og underben  
FP 490 Funktionsattest, tæer, mellemfod og forfod  
FP 500 Funktionsattest øje  
FP 510 Funktionsattest hørelse