

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	
Arbejdsgruppe	
Referencegruppe	x

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Anne Bülow-Olsen
Titel	Patientrepræsentant
Email	jacabo@webspeed.dk
Virksomhed	Migræne danmark
Speciale	Migræne

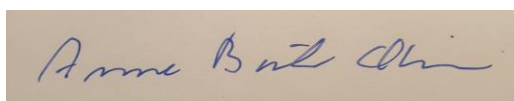
Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	
Hvilke?	Ingen
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	
Hvilke?	Ingen
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	
Hvilke?	Ingen
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse	
Hvilke?	Ingen

Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	
Hvilke?	Ingen
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	
Hvilke?	Ingen
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	
Hvilke?	Ingen
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	
Hvilke?	Ingen

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	
Dato	12-11-20
Underskrift	



HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	
Arbejdsgruppe	
Referencegruppe	X

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Beate Vesterstev
Titel	Psykoled
Email	beate.vesterstev@rsyd.dk
Virksomhed	
Speciale	Sundhedspsykoled

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anpartar, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse Hvilke?	Nej

Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen

Nej

Hvilke?

Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?

Nej

Hvilke?

Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?

Nej

Hvilke?

Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?

Nej

Hvilke?

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål

Svar

Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.

Dato

30/11 - 2020

Underskrift

Beck 

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	
Arbejdsgruppe	
Referencegruppe	+

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Bent Ove Larsen
Titel	Bestyrelsesmedlem
Email	bent@larsen-gruppen.dk
Virksomhed	Danmarks Patientforening for hovedpineramte
Speciale	sagsbehandling

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anpartar, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse	Nej

Hvilke?	
Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	Nej
Hvilke?	
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	Nej
Hvilke?	

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	
Dato 12/11-2020	
Underskrift	Bent Ove Larsen

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	X
Arbejdsgruppe	
Referencegruppe	

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Christel Vesth Høst
Titel	Projektleder
Email	Christel.hoest@regionh.dk
Virksomhed	Nationalt Videnscenter for Hovedpine, Rigshospitalet-Glostrup
Speciale	

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anpartar, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse	Nej

Hvilke?	
Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	Nej
Hvilke?	
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	Nej
Hvilke?	

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	
Dato	13. december 2020
Underskrift	Christel Vesth Høst

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	
Arbejdsgruppe	x
Referencegruppe	

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Dagmar Beier
Titel	Dr. med. habil.
Email	Dagmar.beier@rsyd.dk
Virksomhed	Neurologisk Afdeling, OUH
Speciale	Neurologi

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	nej
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Ja, jeg er ansat ved Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet (lektorat)
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse Hvilke?	nej

Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	Nej
Hvilke?	
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	nej
Hvilke?	
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Ja.
Hvilke?	Kompensation i forbindelse med kliniske studier (Novartis, TEVA, Lundbeck)
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	ja
Hvilke?	- Foredrag (Novartis, Teva), - advisory boards (Novartis, Teva, Lundbeck, Lilly), - kongresser (Allergan, Teva)

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	ja
Dato	13.11.2020
Underskrift 	

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	
Arbejdsgruppe	X
Referencegruppe	

Personoplysninger

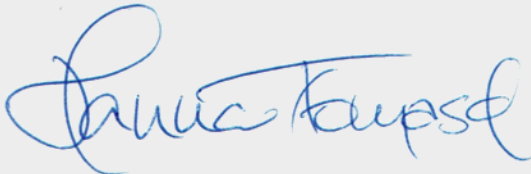
Spørgsmål	Svar
Navn	Hanna Tómasdóttir (fuldt navn i offentlige registre: Arnheidur Hanna Njalsdóttir Mølller)
Titel	Fysioterapeut, Osteopat og Master i Positiv Psykologi
Email	hanna@danskeosteopater.dk
Virksomhed	Danske Osteopater
Speciale	Osteopati

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anpartar, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Jeg er medejer af Q KLINIK, på hhv. Frederiksberg og Østerbro. Osteopatiklinikken er, ligesom alle andre autoriserede sundhedsprofessioner, underlagt tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Jeg er formand for Danske Osteopater. Men tænker ikke, at de er underlagt SST myndighedsudøvelse
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Jeg har modtaget lidt under 5.000 kr, fra Styrelsen for Patientsikkerhed i år, for mit arbejde i forbindelse med udarbejdelsen af målepunkter for osteopati området.

Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse	Nej
Hvilke?	
Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	Nej
Hvilke?	
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	Nej
Hvilke?	

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	Enig.
Dato 30 december	
Underskrift	

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	x
Arbejdsgruppe	
Referencegruppe	

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Henriette Edemann Callesen
Titel	PhD
Email	Henriette.callesen@gmail.com
Virksomhed	Metodekonsulent Callesen
Speciale	

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anparters, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse Hvilke?	Nej

Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	Nej
Hvilke?	
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	Nej
Hvilke?	

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	Ja
Dato	16.11.2020
Underskrift	

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	
Arbejdsgruppe	X
Referencegruppe	

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Henrik Wulff Christensen
Titel	Adm. direktør, forskningsleder
Email	h.wulff@kiroviden.sdu.dk
Virksomhed	Kiropraktorernes Videnscenter
Speciale	Kiropraktik, læge

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anparters, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej
Hvilke?	
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej
Hvilke?	
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	
Hvilke?	Ja, kiropraktisk klinik i Nyborg
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse	

Hvilke?	
Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	Nej
Hvilke?	
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	Nej
Hvilke?	

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	Korrekt
Dato	18.11.2020
Underskrift	

Habilitetserklæring

Opgavetype

Spørgsmål	Svar
1.1 Hvad skal du lave for Sundhedsstyrelsen?	Jeg skal være leverandør, konsulent eller lignende i forbindelse med indgåelse af kontraktforhold eller lignende privatretlige dispositioner, jf. forvaltningslovens § 2 stk. 2.
Angiv gruppe	
Angiv 2. gruppe, hvis du er medlem af to grupper	
Angiv 3. gruppe, hvis du er medlem af tre grupper	

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Jakob Møller Hansen
Titel	Læge
E-mail	jmh@dadlnet.dk
Virksomhed / institution	Nationalt Videnscenter for Hovedpine
Speciale	Neurologi

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
3.1 Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej
Hvilke?	
3.2 Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej
Hvilke?	

Spørgsmål	Svar
3.3 Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej
Hvilke? For advisory boards og anden rådgivning skal du også angive emnet, du har rådgivet om.	
3.4 Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse	Nej
Hvilke?	
3.5 Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen.	Nej
Hvilke?	
3.6 Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvem	
3.7 Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
3.8 Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	Nej
Hvilke?	

Underskriv din erklæring

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	Valgt
Udfyldt dato	10-11-2020



Dokumentet er underskrevet med Visma Addo digital signeringservice.
Underskrifterne i dette dokument er juridisk bindende. Underskrivernes identiteter er registreret og listet herunder.

"Med min underskrift bekræfter jeg indholdet i ovenstående dokument."

NEM ID

Serienummer: PID:9208-2002-2-897715686991

Jakob Møller Hansen

10-11-2020 13:21

Dette dokument er underskrevet digitalt med Visma Addo signeringservice. Signeringsbeviserne i dokumentet er sikret og valideret ved anvendelse af den matematiske hashværdi af det originale dokument.

Dokumentet er låst for ændringer og tidsstemplet med et certifikat fra en betroet tredjepart. Alle kryptografiske signeringsbeviser er indlejret i denne PDF, i tilfælde af de skal anvendes til validering i fremtiden.

Sådan kan du verificere, at dokumentet er originalt

Dette dokument er beskyttet med Adobe CDS certifikat. Når du åbner dokumentet i Adobe Reader, kan du se, at dokumentet er certificeret af Visma Addo signeringservice. Dette er din garanti for, at indholdet af dokumentet er uændret.

Du har mulighed for at efterprøve de kryptografiske signeringsbeviser i dokumentet med Visma Addos validator på denne website <https://vismaaddo.net/WebAdmin/#/NemIdValidation>

Visma Addo identifikationsnummer: cff5c739-48a4-4c1a-8467-5f59340e893e



Foruden dette dokument kan ét eller flere dokumenter og bilag være tilknyttet transaktionen.
Alle dokumenter som indgik i transaktionen er listet nedenfor. Hændelsesloggen
beskriver underskrivers hændelser i forbindelse med signering af dokumentet.

Dokumenter i transaktionen

Nærværende dokument

habilitet.pdf

Ovenstående dokumenter og bilag er fremsendt i underskrevet form til alle parter på e-mail eller som link til download. Underskriver er selv ansvarlig for download og sikker opbevaring af dokumenter og bilag.

Download dokumenter

Har du som underskriver modtaget link til download af dokumenterne vil dette være muligt i op til 14 dage efter underskrift. Herefter vil dokumenterne blive slettet fra Visma Addo.

Hændelseslog for dokument

Hændelseslog for dokumentet

2020-11-10 13:19	Underskriftsprocessen er startet
2020-11-10 13:19	Identifikationsskærmen er blevet tilgået via linket der blev sendt til Jakob Møller Hansen og identifikationsmetoden NemID privat blev anvendt fra IP adresse 176.62.202.211
2020-11-10 13:20	Dokumentet blev åbnet via linket sendt til Jakob Møller Hansen
2020-11-10 13:21	Jakob Møller Hansen har underskrevet dokumentet habilitet.pdf via NemID privat (PID: 9208-2002-2-897715686991)
2020-11-10 13:21	Alle dokumenter sendt til Jakob Møller Hansen er blevet underskrevet

Visma Addo

Visma Consulting • Nørgaardsvej 32 • 2800 Kgs. Lyngby • Denmark
addo@visma.com • www.visma.dk/addo

Visma Addo identifikationsnummer: cff5c739-48a4-4c1a-8467-5f59340e893e

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	x
Arbejdsgruppe	
Referencegruppe	

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Kirsten Birkefoss
Titel	Søgespecialist
Email	kbirkefoss@outlook.com
Virksomhed	StepChange ApS
Speciale	Medicin

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anparters, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Ja
Hvilke?	Novo Nordisk
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej
Hvilke?	
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Ja,
Hvilke?	Bispebjerg Hospital, søgespecialist 12/5-30/11-20
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse	Nej
Hvilke?	

Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	Nej
Hvilke?	
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Ja
Hvilke?	Min niece (læge på Roskilde Sygehus)
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	Nej
Hvilke?	

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	
Dato	07-12-2020
Underskrift	

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	
Arbejdsgruppe	
Referencegruppe	X

Personoplysninger

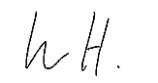
Spørgsmål	Svar
Navn	Lea Hegaard
Titel	Enhedschef
Email	la@sundkom.dk
Virksomhed	Komiteen for sundhedsoplysning (almennyttig forening)
Speciale	Udvikling og forankring af evidensbaserede indsatser

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anparters, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej

Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse	Nej
Hvilke?	
Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	Nej
Hvilke?	
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej
Hvilke?	
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	Nej
Hvilke?	

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	Enig.
Dato	16.11.2020
Underskrift	

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	
Arbejdsgruppe	x
Referencegruppe	

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Lotte Skytte Krøll
Titel	Fysioterapeut, MPH, ph.d.
Email	Lotte.skytte.kroell@regionh.dk
Virksomhed	Dansk Hovedpinecenter
Speciale	Hovedpine

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anparters, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	nej
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	nej
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	nej
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse Hvilke?	nej

Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	nej
Hvilke?	
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	nej
Hvilke?	
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	nej
Hvilke?	
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	nej
Hvilke?	

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	ja
Dato	13112020
Underskrift	

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	☒
Arbejdsgruppe	☐
Referencegruppe	☐

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Louise Ninett Carlsen
Titel	Læge, Phd
Email	Louise.ninett.carlsen@regionh.dk
Virksomhed	Dansk Hovedpinecenter
Speciale	Neurologi

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anparters, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse. Hvilke?	Nej
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse Hvilke?	Nej



Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen
Hvilke?

Nej

Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?

Ja

Hvilke?

Forælder

Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?

Nej, ikke af relevans for denne retningslinje.

Hvilke?

Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?

Nej

Hvilke?

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål

Svar

Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.

Ja

Dato

12/11-2021

Underskrift

[Handwritten signature]

HABILITETSERKLÆRING

Deltagelse i arbejdet med:

Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af hovedpine

Angiv gruppe

Gruppe	Sæt kryds
Sekretariat	
Arbejdsgruppe	x
Referencegruppe	

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Navn	Mette Jensen
Titel	Speciallæge i almen medicin
Email	mette.m.jensen@gmail.com
Virksomhed	Doktor Jensen
Speciale	Almen medicin, Akupunktur

Oplysninger om personlige interesser

Spørgsmål	Svar
Jeg ejer aktier, anparters, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Ja, jeg ejer en speciallæge og akupunkturklinik som er registreret under Sundhedsstyrelsen.
Hvilke?	Doktor Jensen Akupunkturklinik
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Ved ikke om der hører under her, men jeg er formand for en bestyrelse i et lægevidenskabeligt selskab.
Hvilke?	Dansk Medicinsk Akupunkturselskab (DMAS)
Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Ja, som før nævnt lever jeg af overskuddet fra min klinik, som er registreret under Sundhedsstyrelsen og dermed også er underlagt kontrol heraf.
Hvilke?	Doktor Jensen Akupunkturklinik
Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse	Nej
Hvilke?	-

Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen	Nej.
Hvilke?	-
Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej.
Hvilke?	-
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?	Nej.
Hvilke?	-
Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	Nej.
Hvilke?	-

Underskriv erklæring til bekræftelse af indholdet i ovenstående

Spørgsmål	Svar
Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.	Ja.
Dato	01.12.20
Underskrift	Mette Jensen