SUNDHEDSSTYRELSEN

Alle, som arbejder for eller rådgiver Sundhedsstyrelsen, skal udfylde en habilitetserklæring.

For at sikre gennemsigtighed offentliggør vi erklæringer for personer, der skal bistå Sundhedsstyrelsen med at rådgive, undervise eller behandle sager. Erklæringerne fjernes som udgangspunkt en måned efter at samarbejdet med Sundhedsstyrelsen ophører / arbejdsgruppens sidste afrapportering m.v.

Når du har underskrevet og indsendt din habilitetserklæring, vurderer udvalgssekretariatet, om du har forhold, der kan betyde noget for enkelte sager eller for din habilitet generelt. Hvis udvalgssekretariatet vurderer, at der er forhold, der er problematiske for din habilitet, vil de kontakte dig.

Svarer du ja til nogle af spørgsmålene, er det ikke ensbetydende med, at der er problemer med din habilitet. Det beror på en konkret vurdering af forholdet og den opgave, som du skal varetage for Sundhedsstyrelsen.

Der findes ingen bagatelgrænse for, hvad du skal indberette.

Habilitetserklæring

Opgavetype

Spørgsmål
1.1 Hvad skal du lave for Sundhedsstyrelsen?
◉ Jeg skal rådgive, undervise eller behandle sager for eller i samarbejde med Sundhedsstyrelsen ○ Jeg skal være leverandør, konsulent eller lignende, jævnfør aftale med Sundhedsstyrelsen

Personoplysninger

Spørgsmål	Svar
Fornavn og efternavn	Charlotte lisager Petersen
Titel	Sekretariatschef
E-mail	cip@sundbynetvaerket.dk
Virksomhed / institution	Sund By Netværket
Speciale	Folkesundhed

Oplysninger om personlige interesser

Du skal nu svare på en række spørgsmål om din tilknytning til sygehusvæsnet, lægemiddelindustrien m.v. Når du besvarer de følgende spørgsmål, skal du være opmærksom på:

- Sygehuse (private og offentlige), klinikker, regioner og kommuner.
- Sygehuse inkl. enkeltafdelinger og klinikker (private og offentlige) og virksomheder, der anvender ioniserende stråling og radioaktive kilder.

- Virksomheder, der opererer på områder, hvor Sundhedsstyrelsen udsteder vejledninger, retningslinjer. Fx lægemiddelproducenter og – importører, medicoindustri, apoteker, producenter af rusmidler og afhængighedsskabende produkter m.v.

Spørgsmål	
3.1 Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Ja ○ Nej ◉
Hvis ja, hvilke?	
3.2 Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Ja ○ Nej ◉
Hvis ja, 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.	Ja ○ Nej ◉
Hvis ja, 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	Ja ○ Nej ◉
Hvis ja, 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.	Ja ○ Nej ◉
Hvis ja, 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? (Ved nærmeste familie forstås: Ægtefælle, samlever eller sambo Børn, forældre og søskende Nevøer og niecer Det kan fx være, hvis din ægtefælle er ansat i en lægemiddelvirksomhed eller på et apotek.)	Ja ○ Nej ◉
Hvis ja, hvem?	
3.7 Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse? (Du skal fx udtrykkeligt oplyse, hvis du tidligere har udført opgaver for en virksomhed, du skal inspicere, selvom det fremgår af din referenceliste, eller hvis du i øvrigt har relationer til virksomheder eller institutioner, der kan have indflydelse på dit arbejde for Sundhedsstyrelsen. Hvis du er i tvivl om noget, der kan påvirke din habilitet, skal du angive det her. Det gælder også fx tilskud eller betaling for forskningsprojekter.)	Ja ○ Nej ◉
Hvis ja, hvilke?	
3.8 Har du andre tilknytninger eller omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?	Ja ○ Nej ◉
Hvis ja, hvilke?	

Erklæring

☑ 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.

Underskriv din erklæring

18/8/26 

Udfyldt dato **Underskrift**

Samtykke til offentliggørelse

Vedrører din bistand Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse, betyder din signering også, at du giver samtykke til, at Sundhedsstyrelsen kan offentliggøre habilitetserklæringen på www.sst.dk.

Har du spørgsmål til udfyldelse af habilitetserklæringen, kan du kontakte Sundhedsstyrelsen på tlf. 72 22 74 00.

Hvis vi har spørgsmål til din udfyldte habilitetserklæring, bliver du kontaktet af en medarbejder fra Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Tel: +45 7222 7400
www.sst.dk / sst@sst.dk