

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

Opgavetype	
Jeg skal bistå Dansk Center For Hjernerystelse/Sundhedsstyrelsen med/i	Afgørelser, råd, mv
Jeg skal tilknyttes råd/gruppe mv.	Arbejdsgruppen vedr. national klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcommotionelle følger.

Personoplysninger	
Navn	Bente Zerlang
Titel	Ergoterapeut
Arbejdsplads/firma/institution	Træning og sundhed, Roskilde Kommune
E-mail	bentez@roskilde.dk

Oplysninger om personlige interesser m.m.	
2.1. Jeg ejer aktier, anpartar, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	nej
2.2. Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	nej
2.3a. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i eller ejer af en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Ved ikke
2.3b. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i Dansk Center For Hjernerystelse.	nej
2.4a. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	nej
2.4b. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for Dansk Center For Hjernerystelse.	nej
2.5. Jeg har patent på et eller flere produkter inden for Sundhedsstyrelsens myndighedsområde.	nej
2.6. Min ægtefælle, sambo eller andre i min husstand eller i min nærmeste familie er ansat i Dansk Center For Hjernerystelse eller i en virksomhed eller institution, herunder et sygehus, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	nej
2.7. Har du i øvrigt relationer til virksomheder eller institutioner med tilknytning til sundhedsområdet eller Dansk Center For Hjernerystelse, der kan have indflydelse på dit arbejde for Dansk Center For Hjernerystelse?	nej

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

2.8. Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	nej
2.9. Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din upartiskhed?	nej

Erklæring	
Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke min objektive rådgivning af Dansk Center For Hjernerystelse eller Sundhedsstyrelsen.	Berte Zelaz (underskrift)
Udfyldt den	24/6-19

*Udarbejdet efter Sundhedsstyrelsens Habilitetserklæring

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

Opgavetype	
Jeg skal bistå Dansk Center For Hjernerystelse/Sundhedsstyrelsen med/i	Afgørelser, råd, mv
Jeg skal tilknyttes råd/gruppe mv.	Arbejdsgruppen vedr. national klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcommotionelle følger.

Personoplysninger	
Navn	Erhard Trillingsgaard Næss-Schmidt
Titel	Fysioterapeut, Post doc.
Arbejdsplads/firma/institution	Hammel Neurocenter - Universitetsklinik for Neurorehabilitering
E-mail	erhnae@rm.dk

Oplysninger om personlige interesser m.m.	
2.1. Jeg ejer aktier, anpartar, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	nej
2.2. Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	nej
2.3a. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i eller ejer af en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	nej
2.3b. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i Dansk Center For Hjernerystelse.	nej
2.4a. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	nej
2.4b. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for Dansk Center For Hjernerystelse.	nej
2.5. Jeg har patent på et eller flere produkter inden for Sundhedsstyrelsens myndighedsområde.	nej
2.6. Min ægtefælle, sambo eller andre i min husstand eller i min nærmeste familie er ansat i Dansk Center For Hjernerystelse eller i en virksomhed eller institution, herunder et sygehus, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	nej
2.7. Har du i øvrigt relationer til virksomheder eller institutioner med tilknytning til sundhedsområdet eller Dansk Center For Hjernerystelse, der kan have indflydelse på dit arbejde for Dansk Center For	nej

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

Hjernerystelse?	
2.8. Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	nej
2.9. Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din upartiskhed?	nej

Erklæring	
Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke min objektive rådgivning af Dansk Center For Hjernerystelse eller Sundhedsstyrelsen.	 (underskrift)
Udfyldt den	24/6 - 19

*Udarbejdet efter Sundhedsstyrelsens Habilitetserklæring



Habilitetserklæring for arbejdet med National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse

Når du har underskrevet og indsendt din habilitetserklæring, vurderer Styregruppen for National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse, om du har forhold, der kan betyde noget for enkelte sager eller for din habilitet generelt. Hvis styregruppen 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 Dansk Center for Hjernerystelse. Der findes ingen bagatelbegrænse for, hvad du skal indberette.

Erklæringerne fjernes som udgangspunkt et år efter at samarbejdet med Dansk Center for Hjernerystelse ophører / arbejdsgruppens sidste afrapportering m.v.

1. Hvad skal du lave for Dansk Center for Hjernerystelse?

Du skal oplyse alle de forhold, som du bistår/skal bistå Dansk Center for Hjernerystelse med.

- ☐ 1. Jeg skal deltage i arbejdsgruppen/styregruppen og tage del i udarbejdelsen af retningslinjen 'National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse'

- ☒ 2. Jeg skal være rådgiver om metode eller søge litteratur til retningslinjen 'National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse'

Udfyld personoplysninger

Navn

KIRSTEN BIRKLEFOS

Titel

INFORMATIONSSPECIALIST

Arbejdsplads/ firma/ institution

STENHANGE APS

E-mail

K.BIRKLEFOS@OUTLOOK.COM

2. Oplysninger om personlige interesser

Du skal nu svare på en række spørgsmål om din tilknytning til sygehusvæsenet, lægemiddelindustrien m.v.

2.1

Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har en anden form for medejerskab i medicinalvirksomheder og/eller private sygehuse/klinikker/apoteker

☒ Ja ☐ Nej

Novo Nordisk, Dementia

2.2

Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere medicinalvirksomheder og/eller private sygehuse/klinikker/apoteker

☐ Ja ☒ Nej

2.3

Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget gaver eller fået betaling for opgaver udført for en eller flere medicinalvirksomheder og/eller private sygehuse/klinikker/apoteker.

Det omfatter også medlemskab af advisory boards og anden rådgivning.

☒ Ja ☐ Nej

DASAIM

2.4

Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der vedrører denne retningslinje - National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse

☐ Ja ☒ Nej

2.5

Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til medicinalvirksomheder og/eller private sygehuse/ klinikker

☐ Ja ☒ Nej

2.6

Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet medicinalvirksomheder og/eller private sygehuse/klinikker/apoteker?

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

☒ Ja ☐ Nej

Niece læge Roskilde Sygehus

2.7

Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra medicinalvirksomheder og/eller private sygehuse/klinikker?

Det gælder også fx tilskud eller betaling for forskningsprojekter.

☐ Ja ☒ Nej

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

Hvis du er i tvivl om noget, der kan påvirke din habilitet, skal du angive det her.

☐ Ja ☒ Nej

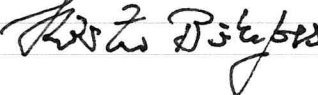
3. Underskriv din erklæring

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

Dags dato

8/1-20

Underskrift



Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

Opgavetype	
Jeg skal bistå Dansk Center For Hjernerystelse/Sundhedsstyrelsen med/i	Afgørelser, råd, mv
Jeg skal tilknyttes råd/gruppe mv.	Arbejdsgruppen vedr. national klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcommotionelle følger.

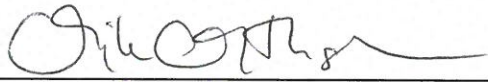
Personoplysninger	
Navn	Mille Møller Thastum
Titel	Cand. psyk. , Ph. d. / Stilling: Neuropsykolog
Arbejdsplads/firma/institution	Regionshospitalet Hammel Neurocenter
E-mail	miltha@rm.dk

Oplysninger om personlige interesser m.m.	
2.1. Jeg ejer aktier, anparters, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej
2.2. Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.3a. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i eller ejer af en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.3b. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.4a. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.4b. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.5. Jeg har patent på et eller flere produkter inden for Sundhedsstyrelsens myndighedsområde.	Nej
2.6. Min ægtefælle, sambo eller andre i min husstand eller i min nærmeste familie er ansat i Dansk Center For Hjernerystelse eller i en virksomhed eller institution, herunder et sygehus, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.7. Har du i øvrigt relationer til virksomheder eller institutioner med tilknytning til sundhedsområdet eller Dansk Center For Hjernerystelse, der kan have indflydelse på dit arbejde for Dansk Center For Hjernerystelse?	Nej

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

2.8. Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.9. Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din upartiskhed?	Nej

Erklæring	
Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke min objektive rådgivning af Dansk Center For Hjernerystelse eller Sundhedsstyrelsen.	
Udfyldt den 24.6.2019	

*Udarbejdet efter Sundhedsstyrelsens Habilitetserklæring

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

2.8. Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	
2.9. Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din upartiskhed?	

Erklæring	
Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke min objektive rådgivning af Dansk Center For Hjernerystelse eller Sundhedsstyrelsen.	 (underskrift)
Udfyldt den	5/7-19

*Udarbejdet efter Sundhedsstyrelsens Habilitetserklæring

Dansk Center For Hjernerystelse DCFH

Henrik Winther Schytz, neurolog
Rigshospital Glostrup, Dansk Hovedpinecenter
Valdemar Hansens Vej
2600 Glostrup

20.juni 2019

Kontrakt

Deltagelse i udarbejdelse af 'NKR for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcomotionelle følger'

Mødedeltagelse og forberedelse til møderne kompenseres af arbejdsgiver, Rigshospital Glostrup, Dansk Hovedpinecenter iflg aftale med Sundhedsstyrelsen.

Deltagelse i møder á 6 timer x 6 = 36 t.

Forberedelse 6 t/ møde = 36 t.

Rejseomkostninger

Det er en forudsætning for endelig godkendelse af ovenstående, at sundhedsstyrelsen godkender vores budget.

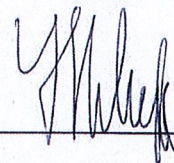
Rejseomkostninger refunderes iht Sundhedsstyrelsens vejledning. For offentlig transport gælder, at der maksimalt refunderes et beløb svarende til standard/økonomibillet. For transport i egen bil udbetales godtgørelse pr km jf statens tjenesterejseaftale (1,98kr/km for 2019), dog maksimalt med et beløb, der svarer til udgiften til billigste offentlige transportmulighed. Der skal forelægge dokumentation for udgifter.

Dato og sted

24/6 - 19 Dansk Hovedpine Center

DCFH

Underskrift



Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

Opgavetype	
Jeg skal bistå Dansk Center For Hjernerystelse/Sundhedsstyrelsen med/i	Afgørelser, råd, mv
Jeg skal tilknyttes råd/gruppe mv.	Arbejdsgruppen vedr. national klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcommotionelle følger.

Personoplysninger	
Navn	Henrik Schytz
Titel	Overlæge
Arbejdsplads/firma/institution	Dansk Hovedpinecenter
E-mail	henrik.winther.schytz.01@regionh.dk

Oplysninger om personlige interesser m.m.	
2.1. Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej
2.2. Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.3a. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i eller ejer af en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.3b. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.4a. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.4b. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.5. Jeg har patent på et eller flere produkter inden for Sundhedsstyrelsens myndighedsområde.	Nej
2.6. Min ægtefælle, sambo eller andre i min husstand eller i min nærmeste familie er ansat i Dansk Center For Hjernerystelse eller i en virksomhed eller institution, herunder et sygehus, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.7. Har du i øvrigt relationer til virksomheder eller institutioner med tilknytning til sundhedsområdet eller Dansk Center For Hjernerystelse, der kan have indflydelse på dit arbejde for Dansk Center For Hjernerystelse?	Jeg forventer at modtage 675000 kroner til investigator initieret forskning fra Novartis. Jeg har holdt foredrag for og modtaget honorar fra Novartis og TEVA i 2019.

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

2.8. Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	
2.9. Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din upartiskhed?	

Erklæring	
Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke min objektive rådgivning af Dansk Center For Hjernerystelse eller Sundhedsstyrelsen.	 (underskrift)
Udfyldt den	5/7-19

*Udarbejdet efter Sundhedsstyrelsens Habilitetserklæring

Habilitationserklæring*

SST Sagnr.

Opgavetype	
Jeg skal bistå Dansk Center For Hjernerystelse/Sundhedsstyrelsen med/i	Afgørelser, råd, mv
Jeg skal tilknyttes råd/gruppe mv.	Arbejdsgruppen vedr. national klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcommotionelle følger.

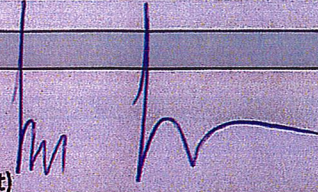
Personoplysninger	
Navn	Ivan Nisted
Titel	Lektor, Erhvervsakademi Dania (Optometri) Ekstern lektor på Aarhus Universitet
Arbejdsplads/firma/institution	Erhvervsakademi Dania
E-mail	ivn@eadania.dk

Oplysninger om personlige interesser m.m.	
2.1. Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej
2.2. Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.3a. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i eller ejer af en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.3b. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.4a. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Underviser på A-kursus for kommende øjenlæger. 2x45 min undervisning pr. år. Honorar betales af sundhedsstyrelsen
2.4b. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.5. Jeg har patent på et eller flere produkter inden for Sundhedsstyrelsens myndighedsområde.	Nej
2.6. Min ægtefælle, sambo eller andre i min husstand eller i min nærmeste familie er ansat i Dansk Center For Hjernerystelse eller i en virksomhed eller institution, herunder et sygehus, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.7. Har du i øvrigt relationer til virksomheder eller institutioner med tilknytning til sundhedsområdet eller Dansk Center For Hjernerystelse, der kan have	Nej.

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

indflydelse på dit arbejde for Dansk Center For Hjernerystelse?	
2.8. Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.9. Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din upartiskhed?	Nej

Erklæring	
Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke min objektive rådgivning af Dansk Center For Hjernerystelse eller Sundhedsstyrelsen.	 (underskrift)
Udfyldt den 25/6-2019	

*Udarbejdet efter Sundhedsstyrelsens Habilitetserklæring

Dansk Center For Hjernerystelse DCFH

Ivan Nisted
Erhvervsakademi Dania, Randers
Minervavej 63
8960 Randers

25.juni 2019

Kontrakt

Deltagelse i udarbejdelse af 'NKR for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcomotionelle følger'

Mødedeltagelse og forberedelse til møderne kompenseres af arbejdsgiver, Erhvervsakademi Dania, Randers iflg. aftale med Sundhedsstyrelsen.

Deltagelse i møder á 6 timer x 6 = 36 t.

Forberedelse 6 t/ møde = 36 t.

Der kan søges kompensation for rejseomkostninger.

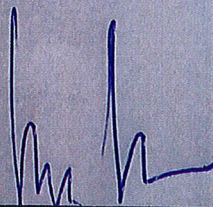
Det er en forudsætning for endelig godkendelse af ovenstående, at sundhedsstyrelsen godkender vores budget.

Rejseomkostninger refunderes iht Sundhedsstyrelsens vejledning. For offentlig transport gælder, at der maksimalt refunderes et beløb svarende til standard/økonomibillet. For transport i egen bil udbetales godtgørelse pr km jf statens tjenesterejseftale (1,98kr/km for 2019), dog maksimalt med et beløb, der svarer til udgiften til billigste offentlige transportmulighed. Der skal forelægge dokumentation for udgifter.

Dato og sted

Aarhus d. 25/6-19

DCFH



Underskrift

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

Opgavetype	
Jeg skal bistå Dansk Center For Hjernerystelse/Sundhedsstyrelsen med/i	Afgørelser, råd, mv
Jeg skal tilknyttes råd/gruppe mv.	Arbejdsgruppen vedr. national klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcommotionelle følger.

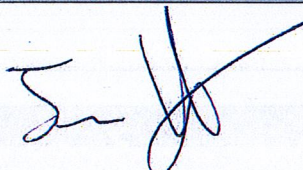
Personoplysninger	
Navn	Jan Hartvigsen
Titel	Professor
Arbejdsplads/firma/institution	Syddansk Universitet
E-mail	jhartvigsen@health.sdu.dk

Oplysninger om personlige interesser m.m.	
2.1. Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Ja, jeg ejer aktier i medicinalvirksomheder.
2.2. Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.3a. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i eller ejer af en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.3b. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.4a. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.4b. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.5. Jeg har patent på et eller flere produkter inden for Sundhedsstyrelsens myndighedsområde.	Nej
2.6. Min ægtefælle, sambo eller andre i min husstand eller i min nærmeste familie er ansat i Dansk Center For Hjernerystelse eller i en virksomhed eller institution, herunder et sygehus, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.7. Har du i øvrigt relationer til virksomheder eller institutioner med tilknytning til sundhedsområdet eller Dansk Center For Hjernerystelse, der kan have indflydelse på dit arbejde for Dansk Center For Hjernerystelse?	Nej

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

2.8. Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.9. Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din upartiskhed?	Nej

Erklæring	
Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke min objektive rådgivning af Dansk Center For Hjernerystelse eller Sundhedsstyrelsen.	
Udfyldt den	25 juni 2019

*Udarbejdet efter Sundhedsstyrelsens Habilitetserklæring

Dansk Center For Hjernerystelse

DCFH

Jan Hartvigsen, Proff.
Syddansk Universitet
Institut for Idræt og Biomekanik
Campusvej 55
5230 Odense M

25.juni 2019

Kontrakt

Deltagelse i udarbejdelse af 'NKR for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcomotionelle følger'

Mødedeltagelse og forberedelse til møderne kompenseres af arbejdsgiver, Syddansk Universitet, Institut for Idræt og Biomekanik iflg aftale med Sundhedsstyrelsen.

Deltagelse i møder á 6 timer x 6 = 36 t.

Forberedelse 6 t/ møde = 36 t.

Der kan søges kompensation for rejseomkostninger.

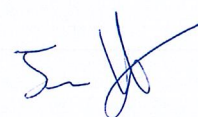
Det er en forudsætning for endelig godkendelse af ovenstående, at sundhedsstyrelsen godkender vores budget.

Rejseomkostninger refunderes iht Sundhedsstyrelsens vejledning. For offentlig transport gælder, at der maksimalt refunderes et beløb svarende til standard/økonomibillet. For transport i egen bil udbetales godtgørelse pr km jf statens tjenesterejseftale (1,98kr/km for 2019), dog maksimalt med et beløb, der svarer til udgiften til billigste offentlige transportmulighed. Der skal forelægge dokumentation for udgifter.

Dato og sted

__Odense 25 juni 2019__

DCFH



Underskrift

Habilitationserklæring*

SST Sagnr.

Opgavetype	
Jeg skal bistå Dansk Center For Hjernerystelse/Sundhedsstyrelsen med/i	Afgørelser, råd, mv
Jeg skal tilknyttes råd/gruppe mv.	Arbejdsgruppen vedr. national klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcommotionelle følger.

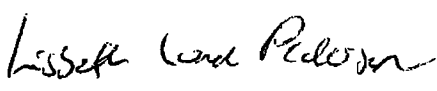
Personoplysninger	
Navn	Lisbeth Lund Pedersen
Titel	Fysioterapeut, MSc.PT
Arbejdsplads/firma/institution	Privat praktiserede fysioterapeut
E-mail	lislp@hotmail.com

Oplysninger om personlige interesser m.m.	
2.1. Jeg ejer aktier, anpartar, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej
2.2. Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.3a. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i eller ejer af en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Fysioterapeut, Sygehus Lillebælt, Middelfart og Kolding Sygehus i perioden fra 2013-2017
2.3b. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.4a. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.4b. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.5. Jeg har patent på et eller flere produkter inden for Sundhedsstyrelsens myndighedsområde.	Nej
2.6. Min ægtefælle, sambo eller andre i min husstand eller i min nærmeste familie er ansat i Dansk Center For Hjernerystelse eller i en virksomhed eller institution, herunder et sygehus, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.7. Har du i øvrigt relationer til virksomheder eller institutioner med tilknytning til sundhedsområdet eller Dansk Center For Hjernerystelse, der kan have indflydelse på dit arbejde for Dansk Center For Hjernerystelse?	Bestyrelsesmedlem Dansk Selskab for Sportsfysioterapi

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

2.8. Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.9. Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din upartiskhed?	Nej

Erklæring	
Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke min objektive rådgivning af Dansk Center For Hjernerystelse eller Sundhedsstyrelsen.	 (underskrift)
Udfyldt den	24.06.19

*Udarbejdet efter Sundhedsstyrelsens Habilitetserklæring

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

Opgavetype	
Jeg skal bistå Dansk Center For Hjernerystelse/Sundhedsstyrelsen med/i	Afgørelser, råd, mv
Jeg skal tilknyttes råd/gruppe mv.	Arbejdsgruppen vedr. national klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcommotionelle følger.

Personoplysninger	
Navn	Morten Høgh
Titel	PhD, Specialist i Fysioterapi
Arbejdsplads/firma/institution	FysioDanmark Aarhus
E-mail	morten@fysiodanmarkaarhus.dk

Oplysninger om personlige interesser m.m.	
2.1. Jeg ejer aktier, anparters, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Ja – privatpraktiserende fysioterapeut med aftale gennem RLTN (Ydernummer)
2.2. Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Ja – se ovenfor
2.3a. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i eller ejer af en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Ja – se ovenfor
2.3b. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.4a. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Ja – SST (NKR)
2.4b. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej
2.5. Jeg har patent på et eller flere produkter inden for Sundhedsstyrelsens myndighedsområde.	Nej
2.6. Min ægtefælle, sambo eller andre i min husstand eller i min nærmeste familie er ansat i Dansk Center For Hjernerystelse eller i en virksomhed eller institution, herunder et sygehus, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej
2.7. Har du i øvrigt relationer til virksomheder eller institutioner med tilknytning til sundhedsområdet eller Dansk Center For Hjernerystelse, der kan have indflydelse på dit arbejde for Dansk Center For Hjernerystelse?	Nej

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

2.8. Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Ja – se ovenfor
2.9. Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din upartiskhed?	Nej

Erklæring	
Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke min objektive rådgivning af Dansk Center For Hjernerystelse eller Sundhedsstyrelsen.	(underskrift) 
Udfyldt den	27/06/2019

*Udarbejdet efter Sundhedsstyrelsens Habilitetserklæring

Dansk Center For Hjernerystelse

DCFH

20. juni 2019

Morten Høgh, fysioterapeut, Msc., Ph.D
FysioDanmark
Vesterbro Torv 1-3
8000 Aarhus

Kontrakt

Deltagelse i udarbejdelse af 'NKR for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcomotionelle følger'

Timesatsen er 571,48 (iflg. gældende overenskomst)

Deltagelse i møder á 6 timer x 6	= 36 t.
Forberedelse 6 t/ møde	= 36 t.
Rejseomkostninger (fly)	
Transport 3 t/møde	= 18 t.
I alt	90 t.

Det er en forudsætning for endelig godkendelse af ovenstående, at Sundhedsstyrelsen godkender vores budget.

Dato og sted

DCFH


Underskrift

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

Opgavetype	
Jeg skal bistå Dansk Center For Hjernerystelse/Sundhedsstyrelsen med/i	Afgørelser, råd, mv
Jeg skal tilknyttes råd/gruppe mv.	Arbejdsgruppen vedr. national klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af personer med længerevarende postcommotionelle følger.

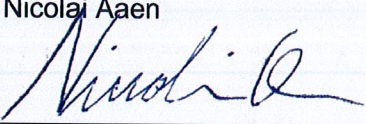
Personoplysninger	
Navn	Nicolai Aaen Andersen
Titel	Daglig leder
Arbejdsplads/firma/institution	Hjernerystelsesforeningen
E-mail	Nicolai@hjernerystelsesforeningen.dk

Oplysninger om personlige interesser m.m.	
2.1. Jeg ejer aktier, anpartar, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.	Nej.
2.2. Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej.
2.3a. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i eller ejer af en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej.
2.3b. Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej.
2.4a. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder eller institutioner, herunder sygehuse, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej.
2.4b. Jeg har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for Dansk Center For Hjernerystelse.	Nej.
2.5. Jeg har patent på et eller flere produkter inden for Sundhedsstyrelsens myndighedsområde.	Nej.
2.6. Min ægtefælle, sambo eller andre i min husstand eller i min nærmeste familie er ansat i Dansk Center For Hjernerystelse eller i en virksomhed eller institution, herunder et sygehus, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej.
2.7. Har du i øvrigt relationer til virksomheder eller institutioner med tilknytning til sundhedsområdet eller Dansk Center For Hjernerystelse, der kan have indflydelse på dit arbejde for Dansk Center For Hjernerystelse?	På vegne af Hjernerystelsesforeningen deltager jeg frivilligt i ledelsen af Dansk Center for Hjernerystelse.

Habilitetserklæring*

SST Sagnr.

2.8. Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, som Sundhedsstyrelsen fører kontrol med.	Nej.
2.9. Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din upartiskhed?	Nej.

Erklæring	
Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke min objektive rådgivning af Dansk Center For Hjernerystelse eller Sundhedsstyrelsen.	Nicolaj Aaen 
Udfyldt den	28.06.2019

*Udarbejdet efter Sundhedsstyrelsens Habilitetserklæring