



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	Camilla Skovvang Borg
1.2	Arbejdsplads	Kvindeafdelingen, Regionshospitalet Viborg
1.3	Guideline	Entry teknikker ved laparoskopi samt lukning af porthuller

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.3	Ejer aktier, anparter, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>

Dato og underskrift	
22.07.2014	



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	SOFIE LEISBY ANTONSEN
1.2	Arbejdsplads	GYN OBS RH / GAS KIR HVIDOVISE
1.3	Guideline	LAPAROSKOPISK ENTRY

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke: Arbejde med Laparoskopi i Hvidovre - ikke specialist.
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.3	Ejer aktier, anpart, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

Dato og underskrift	
27/6-14	



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	Elise Hachmann-Nielsen
1.2	Arbejdsplads	Herlev Hospital
1.3	Guideline	Sikker laparoskopi

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.3	Ejer aktier, anparter, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrigeomstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familier tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

Dato og underskrift	
21/7-2014	





Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	Jesper Rydberg
1.2	Arbejdsplads	Bispebjerg Hospital, afd. K
1.3	Guideline	Laparoskopisk adgang, dryk og porke

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.3	Ejer aktier, anpart, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

Dato og underskrift
30/6-14 



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	Nadia Wilson
1.2	Arbejdsplads	Boneafdelingen, Hillerød Hospital
1.3	Guideline	Entry

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.3	Ejer aktier, anparter, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

Dato og underskrift	14/7 2014 
---------------------	--



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	Mona Aarenstrup Karlsen
1.2	Arbejdsplads	Patologisk Afd., Herlev / GYN/OBS, Rigshospitalet
1.3	Guideline	Laparoskopisk adgang, tryk & porte

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke: Gennemført introduktionsuddannelsen i GYN/OBS
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.3	Ejer aktier, anpart, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

Dato og underskrift	
21/7-14	



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	Maria Cecilie Havemann
1.2	Arbejdsplads	RH gyn / Køge Kir.
1.3	Guideline	lap. entry

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.3	Ejer aktier, anparters, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>

Dato og underskrift	
d. 24/7-14	Maria Havemann



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	LENE DUCH MADSEN
1.2	Arbejdsplads	KICURGISK AFD. HERNING SYGEHUS
1.3	Guideline	ENTRY GUIDELINE

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke: LAPAROSKOPI ER STOR DEL AF KLINISK HVERDAG
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.3	Ejer aktier, anparter, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

Dato og underskrift	
11/7-2014	lene Duch



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	LOTTE CLEVIN
1.2	Arbejdsplads	BORNHOLMS HOSPITAL
1.3	Guideline	ENTRY - LAPAROSKOPI

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke: <i>THL, Laparoskopi generelt</i>
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.3	Ejer aktier, anparters, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke: <i>STORZ Bedding for HYSIEROSKOPISK WORKSHOP i TEHERAN + Ferddag om Hysteroskopi</i>
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

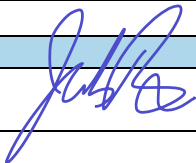
Dato og underskrift	
<i>13/7-14</i>	<i>[Signature]</i>



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	
1.2	Arbejdsplads	
1.3	Guideline	

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.3	Ejer aktier, anpartar, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

Dato og underskrift	
	13/7 - 2014 



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	CHRISTIAN DACESEN VYRODAL
1.2	Arbejdsplads	GASTROENVIJEDEN, HVEDOVLE HOSPITAL
1.3	Guideline	LAPAROSKOPI ADIANT, TRYK, POME

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke: nej BRUGEN LAPAROSKOPI DAG-LIGT
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.3	Ejer aktier, anparter, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familier tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

Dato og underskrift	
3/7-14	Christian D. Vyrødal



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	Flemming Bjerrum
1.2	Arbejdsplads	Juliane Marie Centret, Rigshospitalet
1.3	Guideline	Laparoskopisk adgang, tryk og porte

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.3	Ejer aktier, anparter, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Hvis ja, hvilke:</u>

Dato og underskrift	
27-6-14	



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	<i>Troels Kræmby Thomsen</i>
1.2	Arbejdsplads	<i>Regionen for Østjylland</i>
1.3	Guideline	<i>Kaparevoksler Evtly</i>

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke: <i>Arbejder hovedsageligt inden for almen gynækologi</i>
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.3	Ejer aktier, anparter, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

Dato og underskrift	<i>13/7 2011 Troels Kræmby Thomsen</i>
---------------------	--



Interesseerklæring for medlemmer af guidelinegrupper under DSOG

1.0	Personoplysninger	
1.1	Navn	GITTE BENNICH
1.2	Arbejdsplads	GYN ØST ROSKILDE
1.3	Guideline	ENTRY

		JA	NEJ	
2.1	Har klinisk hovedvirke inden for området	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke: Gyn
2.2	Har lavet forskning inden for området	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke: Laparoscopic Surgery for Endometrial Cancer - is Robotic Assistance or Enhancement?
2.3	Ejer aktier, anpartar, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.4	Sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.5	Har inden for de sidste 5 år været ansat i en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.6	Har inden for de sidste 5 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.7	Har et eller flere patenter indenfor områder, der udvikler eller sælger produkter med relation til emnet for ovenstående guideline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.8	Er i øvrigt tilknyttet offentlige instanser, herunder Sundhedsstyrelsen, eller virksomheder, fx advisory board, med tilknytning til sundhedsområdet på en måde, der kan have indflydelse på dit arbejde med guideline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:
2.9	Øvrige omstændigheder, som kan vække tvivl om min upartiskhed, (fx familiær tilknytning)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke:

Dato og underskrift	29.07.14	
---------------------	----------	--