

## HABILITETSERKLÆRING

|                     |                                                     |
|---------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Titel/Navn:</b>  | Konstitueret ledende overlæge, Karin Bruun Frandsen |
| <b>SFR/Komite:</b>  | Region Øst                                          |
| <b>Arbejdssted:</b> | Palliativt Afsnit, BFH                              |
|                     |                                                     |

|                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Har du interessekonflikter, som kan have indflydelse på dit arbejde i regionernes Sundhedsfaglige Råd og Komiteer? | Nej |
| I bekræftende fald beskriv omfang.                                                                                 |     |

| <b>Personlige eller økonomiske interesser i lægemiddel- eller anden medikaindustri</b>                                                            |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Har du været ansat i lægemiddel- eller anden medikaindustri inden for de seneste 3 år?                                                            | Nej |
| I bekræftende fald hvor?                                                                                                                          |     |
| Har du direkte eller indirekte økonomiske interesser i lægemiddel- eller anden medikaindustri?                                                    | Nej |
| I bekræftende fald hvilke virksomheder?                                                                                                           |     |
| Har du mod betaling udført opgaver (fx medlem af advisory board, andet) for lægemiddelvirksomheder inden for de sidste 3 år?                      | Nej |
| I bekræftende fald beskriv omfang/virksomhed.                                                                                                     |     |
| Er du i øvrigt tilknyttet lægemiddel- eller anden medikaindustri på en sådan måde, at det kan have indflydelse på dit arbejde i givne råd/komite? | Nej |
| I bekræftende fald beskriv omfang/virksomhed                                                                                                      |     |

Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere interessekonflikter, som kan påvirke min saglige og upartiske stillingtagen i forbindelse med arbejdet i nævnte råd/komite. Hvis jeg efter udfærdigelsen af denne erklæring får interessekonflikter, som kan påvirke min habilitet, vil jeg så hurtigt som muligt meddele det til forperson og sekretær for givne råd/komite.

Dato: 28/9-26

Underskrift: Karin B Frandsen