

Patientnämndernas kansli

Datum för anmälan

Anmälan om förändrad/avslutad tvångsvård för patient som har en stödperson

Uppgifter markerade med * (asterisk) är obligatoriska.

1. Information om patient*

För- och efternamn:	Personnummer:	Telefonnummer:

☐ Tvångsvård avslutad

☐ Patienten kommer att flytta till en ny vårdenhets

Ny vårdform: ☐ öppen ☐ sluten

2. Information om den nya vårdenhetsen eller det nya boendet*

Adress och kontaktuppgifter:	Kontaktperson, telefonnummer:

3. Information om nuvarande vårdgivare*

Sjukhus/avdelning/mottagning, boende:	
Kontaktperson, telefonnummer:	Ansvarig läkare:

Blanketten kan skickas via:

- Säker Digital Kommunikation (SDK): **sdk:patientnamnden:0203:vgregion.se**
- Internpost (post inom VGR): Patientnämndernas kansli, Regionens hus, Göteborg

Vid frågor når du oss på 010-441 20 23, måndag-torsdag mellan kl. 13-15.