**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 vårdenhet

Ny vårdform: ☐ öppen ☐ sluten

**2. Information om den nya vårdenheten 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, Vänersborg

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

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN