

## Patientnämndernas kansli

Datum

### 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)
- internadress: Patientnämndernas kansli, Regionens hus, Göteborg

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