

Anmälan om stödperson, tvångsvård, förändrad/avslutad tvångsvård, enl. lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lag om rättspsykiatrisk tvångsvård (LRV) & smittskyddslag (SmL)

Patient- och kontaktuppgifter

Patientens namn _____

Verksamhetens namn/avdelning _____

Personnummer _____

Adress till verksamheten _____

Telefon/mobilnummer _____

Kontaktperson och telefonnummer _____

OBS! Läkarsignatur krävs.

Datum _____

Ansvarig läkares signatur _____

Namnförtydligande _____

Tvångsvård

 Patienten önskar stödperson.

 Patienten önskar för närvarande inte stödperson

 Behandlande läkare anser att stödperson behöver utses, patienten motsätter sig inte

Patienten vårdas enligt:

 LPT LRV SmL Fr o m datum: _____

 Vårdform: Slutenvård Öppenvård

Förändrad/upphörd tvångsvård

 Tvångsvården har upphört

 Patienten överflyttad till annan vårdenhet/vårdform (ange vilken samt datum)

Kontaktperson _____

Verksamhetens namn/avdelning _____

Telefon till kontaktperson _____

Adress till verksamheten _____

Vårdform _____

Telefon till avdelningen _____

Datum _____

Ansvarig läkares signatur _____

Namnförtydligande _____