

VÅRDINTYG

för rättspsykiatrisk vård

Detta formulär ska användas vid behov av rättspsykiatrisk vård enligt 4 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Av 5 § samma lag framgår det att 4 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård gäller vid utfärdande av vårdintyg. Av 4 § lagen om psykiatrisk tvångsvård framgår det att intyget ska grundas på en särskild läkarundersökning.

Vårdintyget utfärdas

Datum

Patientuppgifter

Efternamn	Förnamn
Personnummer/samordningsnummer	Identiteten styrkt genom

Iakttagelser vid undersökningen

Ange de iakttagelser som är av betydelse för bedömningen av hälsotillstånd och vårdbehov
--

Patientuppgifter

Efternamn	Förnamn
Personnummer/samordningsnummer	

Övriga underlag av betydelse för bedömningen

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

Bedömning av patientens allvarliga psykiska störning

Sammanfatta vad i hälsotillståndet som ligger till grund för bedömningen att patienten har en allvarlig psykisk störning
--

Patientens inställning till erbjuden psykiatrisk vård

<input type="checkbox"/> Patienten motsätter sig vården
<input type="checkbox"/> Patienten accepterar vården men det finns grundad anledning att tro att den inte kan ges med hans eller hennes samtycke

Patientuppgifter

Efternamn	Förnamn
Personnummer/samordningsnummer	

Bedömning av patientens vårdbehov

Ange varför patienten har ett behov av rättspsykiatrisk vård och inte kan behandlas där han eller hon nu är frihetsberövad
--

Utlåtande

Intygutfärdande läkare bedömer

- att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, och
- att jäv enligt 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725) eller 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900) inte föreligger

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Befattning
Har svensk läkarlegitimation <input type="checkbox"/>	Har inte läkarlegitimation, men Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg <input type="checkbox"/>
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

Uppdragsgivande vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	