

VÅRDINTYG
för psykiatrisk tvångsvård

Detta formulär ska användas vid behov av psykiatrisk tvångsvård enligt 3 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Av 4 § samma lag framgår det att ett vårdintyg ska grundas på en särskild läkarundersökning.

Vårdintyget utfärdas

Datum

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

Iakttagelser vid undersökningen

Ange de iakttagelser (psykiatriska och somatiska statusfynd) som är av betydelse för bedömningen av hälsofillstånd och vårdbehov

--

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Eventuella 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

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

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 dennes samtycke

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Bedömning av patientens vårdbehov

Ange varför patienten har ett oundgängligt (direkt nödvändigt) behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom sluten psykiatrisk tvångsvård

Utfåtande

Intygsutfärdande 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	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

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