

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

*Ansvarig läkare och telefonnummer***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

OBS! Läkares underskrift krävs, se nedan (längst ner på blanketten).

Förändrad/upphörd tvångsvårdTvångsvården 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