

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 och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

Iakttagelser vid undersökningen

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

☐

Patienten motsätter sig vården

☐

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 behov av rättspsykiatrisk vård och inte kan behandlas där denne 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	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Har svensk läkarlegitimation ☐	Har inte läkarlegitimation, men Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg ☐
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

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