

Begäran stöds av

- 47 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)
- 27 § lagen (1991:11299 om rättspsykiatrisk tvångsvård (LRV)

Begärande läkare

Namn	Tjänsteställe/Behörighet
<input type="checkbox"/> Chefsöverläkare (1) <input type="checkbox"/> Läkare med delegation enligt § 39 LPT	
<input type="checkbox"/> Läkare i allmän tjänst eller leg. läkare som enligt avtal med LT har till uppgift att utföra undersökningen för vårdintyg (3)	

Orsak till begäran om biträde

<input type="checkbox"/> Genomföra en undersökning för vårdintyg (3)
<input type="checkbox"/> Föra patient till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats (1,2,3)
<input type="checkbox"/> Återföra en patient som har lämnat vårdinrättningen utan tillstånd (1,2)
<input type="checkbox"/> Återföra en patient som har lämnat vårdinrättningen, om denna inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför inrättningens område har gått ut eller tillståndet återkallats (1,2)
<input type="checkbox"/> Återföra en patient till vårdinrättningen om denna inte har återvänt dit sedan beslut att öppen psykiatrisk tvångsvård ska övergå till sluten psykiatrisk tvångsvård har fattats (1,2)
<input type="checkbox"/> Inställa en patient för påbörjande av rättspsykiatrisk vård sedan domstolens beslut vunnit laga kraft (1,2)

Beslut

<input type="checkbox"/> Beslut om omhändertagande enligt 4 § LPT är fattat

Person som begäran avser

Samtliga förnamn	Efternamn	Personnummer
Gatuadress	Eventuell portkod	Telefon (även riktnr)
Sjukvårdens försök att undersöka eller transportera innan biträde begärs (t ex hembesök, telefonkontakt eller liknande)		

Transport

Från	Till	
Personal från psykiatrin kan medverka vid handräckningen		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Kontaktperson: Förnamn	Efternamn	Telefon (även riktnr)

Underskrift

Namnteckning	Namnförtydligande
	Telefon (även riktnr)

Övrig nödvändig information för att minimera risk vid handräckning

Suicidrisk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Aggressivitet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Flyktbenägenhet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Missbruk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Vapeninnehav	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Hemnavarande barn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej

Allvarlig överhängande risk eller annan för polisen viktig information om personen (t ex annat språk, hund, allergi, sällskap)

Annan person som kan/vill lämna information om patienten T ex vårdpersonal, anhörig, granne, god man eller liknande

Namn	Titel	Telefon (även riktnr)
------	-------	-----------------------

Fylls i av polisen

1. Handräckningsbegäran

<input type="checkbox"/> Bifalles	<input type="checkbox"/> Avslås
Orsak till avslag	
Datum och namnteckning	Namnförtydligande
	Befattning

2. Beslut enligt 20 § polislagen (1994:387)

Datum	Klockan	Beslutande (namn)
Direktiv		

Härmed återkallas denna begäran om biträde

Namnteckning (begärande läkare)	Namnförtydligande
	Telefon (även riktnr)
Orsak till återkallande	