

**Begäran stöds av**

- 47 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)
- 27 § lagen (1991:1129) 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**

- Genomföra en undersökning för vårdintyg (3)
- Föra en patient till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats (1,2,3)
- Återföra en patient som har lämnat vårdinrättningen utan tillstånd (1,2)
- 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 om tillståndet återkallats (1,2)
- 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)
- Inställa en patient för påbörjande av rättspsykiatrisk vård sedan domstolens beslut vunnit laga kraft (1,2)

**Beslut**

- Beslut om omhändertagande enligt 4 § är fattat

**Person som begäran avser**

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

**Transport från:**

Från	Till	
Kontaktperson förnamn:	Efternamn	Telefon (även riktnummer)
Underskrift	Namnförtydligande	Telefon (även riktnummer)

**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
Hemmavarande barn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
<b>Allvarlig överhängande risk eller annan för polisen viktig information om personen (t ex annat språk, hund, allergi, sällskap)</b>			

**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	Beslutandes namn
Direktiv		

**Härmed återkallas denna begäran om biträde**

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