

## VÅRDINTYG för konvertering

Detta formulär ska användas vid behov av konvertering från frivillig psykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård enligt 11 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Av 4 § samma lag framgår det att ett vårdintyg ska grundas på en särskild läkarundersökning.

### Vårdintyget utfärdas

Datum	Klockslag
-------	-----------

Datum och klockslag avser alltså inte tidpunkten för patientens ankomst till sjukvårdsinrättningen

### Patientuppgifter

Efternamn	Förnamn
Personnummer/samordningsnummer	Identiteten styrkt genom

### Iakttagelser vid undersökningen

Ange de iakttagelser som är av betydelse för bedömningen av hälsotillstånd och vårdbehov

### Övriga underlag av betydelse för bedömningen

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten

## Patientuppgifter

Efternamn	Förnamn
Personnummer/samordningsnummer	

## Övriga underlag av betydelse för bedömningen (forts.)

Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

## 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 hans eller hennes samtycke

## 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

## Patientuppgifter

Efternamn	Förnamn
Personnummer/samordningsnummer	

## Riskbedömning

Patienten riskerar att skada sig själv
Patienten riskerar att begå självmord
Patienten riskerar att skada någon annan

## Utfåtande

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	Ort och 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

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