

BEGÄRAN

om Polismyndighetens hjälp/biträde enligt 47 § 2 st. lag (1991:1128) om psykiatriskt tvångsvård (LPT) eller 27 § lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) Datum Polismyndighetens diarienummer

Till Polismyndigheten i:

Plats för stämpel

1. Begärande läkare

För- och efternamn		Direktnummer (ej växelnummer)
Begärande huvudman, enhet		Organisationsnummer
<input type="checkbox"/> Vårdintyg utfärdat	Datum	

Ett beslut om intagning på grundval av ett vårdintyg får fattas senast under fjärde dygnet efter dagen för intygets utfärdande (s. 248 i prop. 1990/91:58) och begäran om hjälp/biträde i dessa fall gäller under motsvarande tid såvida kortare tid inte anges. Övriga begäran gäller tills dess återkallelse sker eller tills dess handräckningen har verkställts.

2. Behörig att begära hjälp/biträde

<input type="checkbox"/> A. Legitimerad läkare i allmän tjänst	<input type="checkbox"/> B. Läkare som enligt avtal med region har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg
<input type="checkbox"/> C. Chefsöverläkare eller specialistläkare med uppdrag från chefsöverläkare	

3. Person som begäran avser

Personnummer	Efternamn	Förnamn	Telefon
Adress och ort där personen vistas		Annan adress och ort där personen kan finnas	
För- och efternamn på ev. kontaktperson (anhörig, assistent etc.)		Telefonnummer (ett eller flera)	
Vårdpersonal att kontakta för ev. medverkan vid handräckningen (namn)		Telefonnummer, vårdpersonal	

4. Rättslig grund för begäran om hjälp/biträde

<input type="checkbox"/> 47 § 2 st. p 1 LPT. För att genomföra en undersökning för vårdintyg. Beslut om omhändertagande har fattats enligt 4 § 2 st. LPT. (Behörighet enligt kategori A, B eller C).	<input type="checkbox"/> 47 § 2 st. p 2 LPT. För att föra patienten till en vårdinrättning sedan vårdintyg utfärdats. Vårdintyget är inte äldre än 4 dagar. (Behörighet enligt kategori A, B eller C)
<input type="checkbox"/> 47 § 2 st. p 3 eller 4 LPT. För att återföra patienten som lämnat vårdinrättningen utan tillstånd eller för att återföra patienten till vårdinrättningen, om denne inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför inrättningen område har gått ut eller tillståndet har återkallats. (Behörighet enligt kategori C)	<input type="checkbox"/> 47 § 2 st. p 5 LPT. För att återföra en patient till vårdinrättningen, om denne inte har återvänt dit sedan beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård har fattats. Beslut har fattats enligt 26 a § LPT. (Behörighet enligt kategori C)
<input type="checkbox"/> 27 § LRV. För att utföra tillämplig åtgärd enligt 47 § 2 st. LPT eller lämna sådan hjälp när en patient som ska påbörja rättspsykiatrisk vård inte inställer sig. Kryssa även i ev. tillämpligt alternativ enligt ovan. (Behörighet enligt kategori C)	

Upplysning

En begäran till Polismyndigheten får göras endast om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att polismans särskilda befogenheter att utöva våld eller tvång behöver användas, alternativt att det annars finns synnerliga skäl (47 § 3 st. LPT, 10-10 a §§ polislagen [1984:387]).

Gällande transport för att i annat fall förflytta en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning med stöd av LPT ska begäran ställas till Kriminalvården (NTE) (47 § 2 st. p 6 LPT).

Varför behövs polismyndighetens hjälp?

<input type="checkbox"/> Polisens särskilda befogenheter befaras vara nödvändiga (Personen förväntas t.ex. inte medverka frivilligt och/eller har uppvisat hotfullt och/eller våldsamt beteende i samband med tidigare ingripanden)
<input type="checkbox"/> Synnerliga skäl (t.ex. överhängande risk för att personen skadar sig själv och det kan därför inte avvaktas med att verkställigheten löses på annat sätt)
Ange konkreta omständigheter

5. Åtgärder för frivillighet

Ange de åtgärder som vidtagits för att personen som begäran avser frivilligt ska infinna sig på vårdinrättningen och/eller medverka till aktuell åtgärd

6. Vad Polismyndigheten ska hjälpa till med, risker och övriga uppgifter

Upplysning
Den som begär hjälp ska utan hinder av sekretess lämna Polismyndigheten de uppgifter om patienten som behövs för planeringen och genomförandet av åtgärden (47 b § LPT, 27 § LRV).

Vad ska Polismyndigheten hjälpa till med

Ange vad Polismyndigheten ska hjälpa till med (transport, från/till m.m.)

**BEGÄRAN**

om Polismyndighetens hjälp/biträde enligt 47 § 2 st. lag (1991:1128) om psykiatriskt tvångsvård (LPT) eller 27 § lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)

Diarienummer

Risker

Beskriv utförligt om det finns några kända risker (suicid, våld, vapeninnehav m.m. När, var, hur?) Om några risker inte är kända skriv "ej känt"

--

Övriga uppgifter

<input type="checkbox"/> Ambulans beställd	<input type="checkbox"/> Djur i hemmet	Antal och typ
<input type="checkbox"/> Barn i hemmet	<input type="checkbox"/> Barnkonsekvensanalys bifogas (alternativt skriv i fritextfältet nedan)	

--

Övrigt (t.ex. om nycklar eller kod till aktuell bostad finns tillgängligt)

--

Underskrift

Namnteckning av behörig	Namnteckning av person som undertecknar enligt uppdrag från behörig
	Namnförtydligande och direktnummer
Kompletterande kontaktuppgift till beställaren utanför kontorstid	

7. Återkallelse av begäran

<input type="checkbox"/> Begäran om hjälp/biträde återkallas		
Datum	Tid	Namnteckning
Namnförtydligande		
Befattning		

BEGÄRAN

om Polismyndighetens hjälp/biträde enligt 47 § 2 st. lag (1991:1128) om psykiatriskt tvångsvård (LPT) eller 27 § lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)

Diarienummer

1. Polismyndighetens beslut

<input type="checkbox"/> Bifall	<input type="checkbox"/> Avslag. Om begäran avslås, motivera beslutet nedan (endast formell prövning får göras)
Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning	

2. Polismyndighetens anteckningar

Handräckningsbegäran kvitterad av (signatur)	Datum	Tid
Underrättelse om beslut meddelat till begärande (signatur)	Datum	Tid
Handräckningen genomförd av (namn i klartext)		
Eventuell transport genomförd i <input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Polisfordon <input type="checkbox"/> Annat		Annat fordon

3. Överlämning**Personen begäran avser är överlämnad till**

Datum	Tid
Vårdinrättning (ange namn)	
Mottagande person (ange namn)	

Återkallelse

<input type="checkbox"/> Begäran har återkallats	Datum	Tid	Signatur
--	-------	-----	----------