

LÄKARINTYG

för utredning i ärende om anordnande av **godmanskap** enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken (FB)¹:

”Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, skall rätten, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne. Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap skall anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas.

När rätten meddelar ett beslut enligt första stycket, skall rätten samtidigt förordna en god man att utföra uppdraget. Om en god man i något annat fall skall förordnas på grund av ett beslut enligt första stycket, skall förordnandet meddelas av överförmyndaren.”

Personuppgifter för den som intyget avser

Efternamn och förnamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Yrke/titel	Telefon (inkl. riktnr)	
Folkbokföringsort	Identiteten styrkt genom	

Underlag för bedömningen

Nuvarande hälsotillstånd

¹ Kompletterande bestämmelser finns i 11 kap. 17 § FB: ”Innan rätten anordnar förvaltarskap skall den inhämta läkarintyg eller annan likvärdig utredning om den enskildes hälsotillstånd. Detta gäller även i ärenden om anordnande av godmanskap enligt 4 §, när den enskilde inte har lämnat sitt samtycke.”

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Underlag för bedömningen (forts.)

Omständigheter som talar för att den enskilde behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person

Inför handläggningen i tingsrätten

Har den enskilde lämnat sitt skriftliga samtycke till anordnande av godmanskap?
Om "ja" ska det skriftliga samtycket från den enskilde bifogas ansökan.

☐ Ja

☐ Nej

Kan den enskilde höras muntligen utan att detta medför skada för honom eller henne?

☐ Ja

☐ Nej

Är den enskildes tillstånd sådant att han/hon uppenbarligen inte förstår vad saken gäller?²

☐ Ja

☐ Nej

Utlåtande

Jag intygar att jag efter utredning som innefattar personlig undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter har funnit att

(Den enskildes namn) _____

behöver hjälp med att

☐ bevaka sin rätt

☐ förvalta sin egendom

☐ sörja för sin person

på grund av

☐ sjukdom

☐ psykisk störning

☐ försvagat hälsotillstånd

☐ liknande förhållande

Underskrift

Ort och datum		Den legitimerade läkarens namnteckning	
Den legitimerade läkarens efternamn och förnamn		Befattning	
Tjänsteställe			
Utdelningsadress	Postnummer	Postort	
Telefon (inkl. riktnr)	Faxnr	E-post	

² Det ni har att bedöma är om den enskilde p.g.a. sitt tillstånd uppenbarligen inte förstår vad saken gäller. Om det är er bedömning, ska frågan besvaras med "Ja".

LÄKARINTYG

för utredning i ärende om anordnande av **förvalterskap** enligt 11 kap. 7 § föräldrabalken (FB)¹:

”Om någon som befinner sig i en sådan situation som anges i 4 § är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, får rätten besluta att anordna förvalterskap för honom eller henne. Förvalterskap får dock inte anordnas, om det är tillräckligt att godmanskap anordnas eller att den enskilde på något annat, mindre ingripande sätt får hjälp.

Förvaltaruppdraget skall anpassas till den enskildes behov i varje särskilt fall och får begränsas till att avse viss egendom eller angelägenhet eller egendom överstigande ett visst värde.

Rätten får överlåta åt överförmyndaren att närmare bestämma uppdragets omfattning.

När rätten meddelar ett beslut enligt första stycket, skall rätten samtidigt förordna en förvaltare att utföra uppdraget. Om en förvaltare i något annat fall skall förordnas på grund av ett beslut enligt första stycket, skall förordnandet meddelas av överförmyndaren.”

Personuppgifter för den som intyget avser

Efternamn och förnamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Yrke/titel	Telefon (inkl. riktnr)	
Folkbokföringsort	Identiteten styrkt genom	

Underlag för bedömningen

Nuvarande hälsotillstånd

¹ Kompletterande bestämmelser finns i 11 kap. 17 § FB: ”Innan rätten anordnar förvalterskap skall den inhämta läkarintyg eller annan likvärdig utredning om den enskildes hälsotillstånd. Detta gäller även i ärenden om anordnande av godmanskap enligt 4 §, när den enskilde inte har lämnat sitt samtycke.”

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Underlag för bedömningen (forts.)

Omständigheter som medför att den enskilde är ur stånd att vårda sig eller sin egendom

Inför handläggningen i tingsrätten

Kan den enskilde höras muntligen utan att detta medför skada för honom eller henne?

☐ Ja

☐ Nej

Är den enskildes tillstånd sådant att han/hon uppenbart inte förstår vad saken gäller?

☐ Ja

☐ Nej

Utlåtande

Jag intygar att jag efter utredning som innefattar personlig undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter har funnit att

(Den enskildes namn)

är ur stånd att vårda

☐ sig

på grund av

☐ sjukdom

☐ sin egendom

☐ psykisk störning

☐ försvagat hälsotillstånd

☐ liknande förhållande

Underskrift

Ort och datum		Den legitimerade läkarens namnteckning	
Den legitimerade läkarens efternamn och förnamn		Befattning	
Tjänsteställe			
Utdelningsadress	Postnummer	Postort	
Telefon (inkl. riktnr)	Faxnr	E-post	

Till

Skatteverket/
Polismyndigheten vid polisanmälan

☐ Ersätter tidigare utfärdat dödsbevis

Den avlidnes personuppgifter

Personnummer/samordningsnummer (12 siffror)		Födelsedatum (8 siffror) och kön om personnr/samordn.nr saknas	
		☐ Kvinna	☐ Man ☐ Går ej att avgöra
Efternamn		Förnamn	
Bostadsadress	Postnummer	Postort	
Identiteten styrkt genom			

Dödsdatum

År mån dag (fyll ut med nollor om exakta uppgifter saknas) ☐ Säkert ☐ Ej säkert	Om dödsdatum ej säkert, anträffad död	År mån dag
--	---------------------------------------	------------

Dödsplats

Kommun (om okänd dödsplats, kommunen där kroppen påträffades)	☐ Sjukhus ☐ Särskilt boende ☐ Ordinärt boende ☐ Annan/okänd
---	--

Barn som avlidit senast 28 dygn efter födelsen

(uppgifterna om modern fylls i endast för barn utan personnummer)

☐ Dödfött ☐ Avlidit inom 28 dygn efter födelsen	Moderns efternamn och förnamn	Moderns personnr/samordn.nr/födelsedatum
---	-------------------------------	--

Explosivt implantat

Har den avlidne haft ett implantat som kan explodera vid kremering? ☐ Ja ☐ Nej	Om ja, har implantatet avlägsnats? ☐ Ja ☐ Nej
---	--

Yttre undersökning

Har yttre undersökning av kroppen genomförts? ☐ Ja ☐ Nej, den avlidne undersökt kort före döden	År mån dag ☐ Nej, rättsmedicinsk undersökning ska göras
--	--

Polisanmälan[®]

Finns skäl för polisanmälan? ☐ Nej ☐ Ja, om dödsfallet har eller kan ha orsakats av yttre påverkan (skada/förgiftning) eller fel/försummelse i vården eller den dödes identitet är okänd, ska polisanmälan göras och dödsbeviset lämnas till Polismyndigheten
--

Underskrift av utfärdande läkare

Ort och datum	Läkarens namnteckning	
Läkarens efternamn och förnamn	Befattning	
Tjänsteställe		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

HSLF-FS 2018:XX Bilaga 3

Denna sida innehåller information. Lämna inte några uppgifter nedan.

① Polisanmälan

En anmälan till Polismyndigheten ska göras i följande fall.

1. Om ett dödsfall har eller kan ha orsakats av yttre påverkan, dvs. skada eller förgiftning tillfogad
 - av någon annan person än den som har avlidit,
 - genom olycksfall, eller
 - genom självmordoch inte enbart av sjukdom.
2. Om det är svårt att avgöra om ett dödsfall har orsakats av yttre påverkan
 - när någon anträffas död och tidigare sjukdom eller sjukdomsbild inte kan förklara dödsfallet, dvs. vid helt oväntade dödsfall hos både barn och vuxna,
 - när en missbrukare anträffas död, eller
 - vid framskriden förruttnelse.
3. Om ett dödsfall kan misstänkas ha samband med fel eller försummelse i hälso- och sjukvården.
4. Om en avliden inte har kunnat identifieras.

När ett dödsbevis lämnas till Polismyndigheten bör en kopia av dödsbeviset samtidigt skickas till Skatteverket.

(HSLF-FS 2015:15)

Polismyndigheten ska skicka dödsbeviset tillsammans med tillståndet till gravsättning och kremering till Skatteverket enligt 4 kap. 4 § begravningslagen (1990:1144).

Till

Socialstyrelsen
☐ Ersätter tidigare utfärdat intyg

Den avlidnes personuppgifter

Personnummer/samordningsnummer (12 siffror)		Födelsedatum (8 siffror) och kön om personnr/samordn.nr saknas	
		☐ Kvinna ☐ Man ☐ Går ej att avgöra	
Efternamn		Förnamn	
Bostadsadress	Postnummer	Postort	
Land (om ej stadigvarande bosatt i Sverige)	Identiteten styrkt genom		

Dödsdatum

År mån dag (fyll ut med nollor om exakta uppgifter saknas) ☐ Säkert ☐ Ej säkert	Om dödsdatum ej säkert, anträffad död År mån dag
--	---

Dödsplats

Kommun (om okänd dödsplats, kommunen där kroppen påträffades)	☐ Sjukhus ☐ Särskilt boende ☐ Ordinärt boende ☐ Annan/okänd
---	--

Barn som avlidit senast 28 dygn efter födelsen

☐ Dödfött ☐ Avlidit inom 28 dygn efter födelsen

Läkarens utlåtande om dödsorsaken^①

Sjukdoms- eller skadeförlopp som ledde till den terminala dödsorsaken					
	Den terminala dödsorsaken var	Ungefärlig debut (år mån dag)	Akut	Kronisk	Uppgift saknas
A			☐	☐	☐
B	som var en följd av		☐	☐	☐
C	som var en följd av		☐	☐	☐
D	som var en följd av		☐	☐	☐

Andra sjukdomar eller skador som bidragit till dödsfallet	Ungefärlig debut (år mån dag)	Akut	Kronisk	Uppgift saknas
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐

HSLF-FS 2018:XX Bilaga 4

Den avlidnes personuppgifter

Personnummer/samordningsnummer (12 siffror)	Födelsedatum (8 siffror) om personnr/samordn.nr saknas
---	--

Opererad inom fyra veckor före döden

☐ Nej	☐ Uppgift om operation saknas
☐ Ja	Operationsdatum (år mån dag) Tillstånd som föranledde ingreppet

Skada/förgiftning

☐ Olycksfall	☐ Själv mord	Datum för skada/förgiftning (år mån dag)
☐ Avsiktligt vållad av annan	☐ Oklart om avsikt förelegat	
Kort beskrivning av hur skadan/förgiftningen uppkom (utan att röja eventuellt andra inblandades identiteter)		

Dödsorsaksuppgifterna grundar sig på

☐ Undersökning före döden	☐ Yttre undersökning efter döden	☐ Klinisk obduktion
☐ Rättsmedicinsk obduktion	☐ Rättsmedicinsk likbesiktning	

Underskrift av utfärdande läkare

Ort och datum	Läkarens namnteckning	
Läkarens efternamn och förnamn	Befattning	
Tjänsteställe		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

① Uppgift om dödsorsak

Vid utlåtande om dödsorsaken ska diagnosen specificeras så noggrant som möjligt. Förkortningar och kodnummer ska undvikas.

Ange för diagnoserna

- tumör: malign eller benign samt primärtumörens läge,
- diabetes mellitus: typ och komplikationer, och
- njursjukdomar: komplikationer (t.ex. hypertoni) och etiologi till njursvikt.

Ange det sjukdoms- eller skadeförlopp som haft störst betydelse för dödsfallet. Om förloppet kan beskrivas med en enda diagnos, ska denna anges på den översta raden. Följande rader lämnas då tomma.

Om förloppet måste beskrivas med flera diagnoser, ska den terminala dödsorsaken skrivas på den översta raden. Det eller de tillstånd som ledde fram till den terminala dödsorsaken skrivs på raderna nedanför, så att det bildas en kedja av orsaker och komplikationer från det inledande tillståndet på den nedersta raden upp till den terminala dödsorsaken. En sådan kedja kan vara akuta patologiska förlopp eller ett tidigare tillstånd som har berett vägen för ett senare, t.ex. genom vävnadsskador eller funktionsnedsättning.

För hjärtsvikt och lunginflammation ska eventuella bakomliggande tillstånd anges enligt följande.

Översta raden: hjärtsvikt; följande rad t.ex. lårbensbrott.

Översta raden: lunginflammation; följande rad t.ex. influensa.

Ange tydligt om någon uppgift inte kan lämnas enligt följande.

Översta raden: hjärtsvikt; följande rad t.ex. okänt (patienten avböjde utredning).

Ange under "Andra sjukdomar eller skador som bidragit till dödsfallet" tillstånd som kan ha påskyndat förloppet men som inte ingår i händelsekedjan som beskrivits i "Sjukdoms- eller skadeförlopp som ledde till den terminala dödsorsaken".

Till

Skatteverket

Den avlidnes personuppgifter

Personnummer/samordningsnummer (12 siffror)	Födelsedatum (8 siffror) och kön om personnr/samordn.nr saknas ☐ Kvinna ☐ Man ☐ Går ej att avgöra		
Efternamn		Förnamn	
Bostadsadress	Postnummer	Postort	

Polismyndighetens tillstånd till gravsättning eller kremering

Polismyndigheten i		Dnr
Ort	Datum	Namnteckning
Namnförtydligande		Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

Polismyndigheten ska skicka dödsbeviset tillsammans med tillståndet till gravsättning och kremering till Skatteverket enligt 4 kap. 4 § begravningslagen (1990:1144).

VÅRDINTYG

enligt 4 och 11 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 5 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Detta intyg avser

4 § lagen om psykiatrisk tvångsvård

☐

11 § lagen om psykiatrisk tvångsvård

☐

5 § lagen om rättspsykiatrisk vård

☐

Vårdintyget utfärdat den

Den undersökte

Efternamn och förnamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Folkbokföringsort	Identiteten styrkt genom	

Läkarens redogörelse för de omständigheter som föranleder vårdbehovet

ANAMNES	BAKGRUND Ange relevanta uppgifter för bedömning av vårdbehovet, t.ex. tidigare ohälsa och vård samt sociala förhållanden
---------	--

Den undersökte

Efternamn och förnamn

Personnummer

ANAMNES

(forts.)

NUVARANDE TILLSTÅND

Redogör för den psykiska störningen, dess utveckling och huvudsymtom enligt den undersöktes och/eller andra personers beskrivning (om andra personer lämnat uppgifter, anges detta). Ange de förhållanden som nödvändiggör intagning på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård

STATUS**SOMATISKT**

Redovisa resultatet av den somatiska undersökningen

PSYKISKT

Ange vid undersökningen iakttagna avvikelser som är av betydelse för bedömningen av vårdbehov och diagnos, t.ex. vakenhetsgrad, orientering, uppträdande, tal, sinnesstämning, minne, förvirring, tankeförlopp, tankestörningar, hallucinationer, vanföreställningar, självmordstankar och/eller självmordsplaner. Ange även den undersöktes insikt om behov av vård och stöd

Den undersökte

Efternamn och förnamn

Personnummer

**SAMMAN-
FATTNING**

De uppgifter och iakttagelser som ligger till grund för läkarens bedömning om förutsättningarna för tvångsvård. Avser vårdintyget 4 eller 11 § lagen om psykiatrisk tvångsvård skall förutsättningarna redovisas under 1, 2a och 3 samt även under 4 om vårdintyget avser 11 §.

1) Den undersökte lider av allvarlig psykisk störning p.g.a.:

2 a) Den undersökte är i oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård och går inte att behandla i öppenvård (t.ex. i hemmet, i särskilda boendeformer, på behandlingshem eller på en sjukvårdsinrättning för somatisk vård) p.g.a.:

2 b) Den undersökte är i behov av rättspsykiatrisk vård och går inte att behandla där denne nu är frihetsberövad (håkte, särskilt ungdomshem eller kriminalvårdsanstalt) p.g.a.:

3) Den undersökte har följande inställning till erbjuden vård:

4) Den undersökte kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan p.g.a.:

Den undersökte

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Intyg utfärdande läkarens utlåtande

Jag intygar att jäv enligt 11 och 12 §§ förvaltningslagen (1986:223)¹ inte föreligger och att jag av iakttagelser vid den personliga undersökningen funnit att det finns *sannolika skäl* för att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda.

Ort och datum	Den legitimerade läkarens namnteckning	
Den legitimerade läkarens efternamn och förnamn		Befattning
Har svensk legitimation ☐	Har inte legitimation, men Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg ☐	
Tjänsteställe		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnr)	Faxnr	E-post

1 Bestämmelserna har följande lydelse:

"Den som skall handlägga ett ärende är jävig

1. om saken angår honom själv eller hans maka, förälder, barn eller syskon eller någon annan närstående eller om ärendets utgång kan väntas medföra synnerlig nytta eller skada för honom själv eller någon närstående,
2. om han eller någon närstående är ställföreträdare för den som saken angår eller för någon som kan vänta synnerlig nytta eller skada av ärendets utgång,
3. om ärendet har väckts hos myndigheten genom överklagande eller underställning av en annan myndighets beslut eller på grund av tillsyn över en annan myndighet och han tidigare hos den andra myndigheten har deltagit i den slutliga handläggningen av ett ärende som rör saken,

4. om han har fört talan som ombud eller mot ersättning biträdd någon i saken, eller
5. om det i övrigt finns någon särskild omständighet som är ägnad att rubba förtroendet till hans opartiskhet i ärendet.

Från jäv bortses när frågan om opartiskhet uppenbarligen saknar betydelse."

LÄKARINTYG
för utredning i ärende enligt lagen (1994:261)
om **fullmaktsanställning****Till**
Statens ansvarsnämnd

Denna blankett ska användas av läkare som Socialstyrelsen på begäran av Statens ansvarsnämnd utser enligt 17 § anställningsförfordningen (1994:373) för att utföra läkarundersökning av arbetstagare som är anställda med fullmakt hos myndighet under regeringen.

Enligt 11 § lagen (1994:261) om fullmaktsanställning får beslutas att en arbetstagare ska undersökas av läkare som anvisas honom, om arbetstagaren inte fullgör sina arbetsuppgifter tillfredsställande och det är sannolikt att den bristande arbetsförmågan beror på sjukdom eller något jämförbart förhållande.

Personuppgifter för den som intyget avser

Efternamn och förnamn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon (inkl. riktnr)
Postnummer	Postort	
Yrke/titel	Arbetsgivare (namn, utdelningsadress, postnr och postort)	
Folkbokföringsort		Identiteten styrkt genom

Underlag för bedömningen

Anamnes
Nuvarande hälsotillstånd

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Underlag för bedömningen (forts.)

Omständigheter som talar för att den undersökte på grund av förlust av eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom är för framtiden oförmögen att fullgöra sina arbetsuppgifter i fullmaktsanställningen tillfredsställande (jfr 6 § första stycket 1 lagen om fullmaktsanställning)

Utlåtande

Jag intygar att jag i förhållande till den undersökte har en oberoende ställning och att jag efter utredning som innefattar personlig undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter har funnit att

(Den undersöktes namn)

på grund av förlust av eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom

är ☐ är inte ☐ för framtiden oförmögen att fullgöra sina arbetsuppgifter i sin fullmaktsanställning tillfredsställande.

Underskrift

Ort och datum		Den legitimerade läkarens namnteckning	
Den legitimerade läkarens efternamn och förnamn		Befattning	
Tjänsteställe			
Utdelningsadress		Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnr)	Faxnr		E-post