

LÄKARINTYG**i ärende om anordnande av
förvaltarskap**

Detta formulär ska användas vid behov av förvaltare enligt 11 kap. 7 § föräldrabalken.

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

Undersökning för bedömning av det medicinska behovet av förvaltare

Patienten har undersökts genom	
fysiskt möte <input type="checkbox"/>	annat kontaktsätt <input type="checkbox"/> dvs.
distanskontakt via videolänk <input type="checkbox"/>	
Patienten har inte undersökts, bedömning har gjorts på annat sätt <input type="checkbox"/>	

Bedömning av det medicinska behovet av förvaltare

Patienten är på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande ur stånd att				
vårda sig	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
vårda sin egendom	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Ange vad det är som gör att patienten bedöms behöva förvaltare med utgångspunkt från hälsotillstånd och aktivitetsbegränsningar

--

Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen av behovet av förvaltare

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

Inför handläggningen i tingsrätten

Patienten kan höras muntligen utan att det medför skada för denne	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Det är uppenbart att patienten inte förstår vad saken handlar om	<input type="checkbox"/>	Stämmer	<input type="checkbox"/>	Stämmer inte

Intyg utfärdande läkares underskrift

Namnteckning	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

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