

LÄKARINTYG**i ärende om anordnande av godmanskap**

Detta formulär ska användas vid behov av god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken.

Patientuppgifter

Efternamn	Förnamn
Personnummer/samordningsnummer	Identiteten styrkt genom

Undersökning för bedömning av det medicinska behovet av god man

Patienten har undersökts genom

fysiskt möte annat kontaktsätt dvs.

distanskontakt via videolänk

Bedömning av det medicinska behovet av god man

Patienten behöver på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande hjälp med att

bevaka sin rätt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
förvalta sin egendom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
sörja för sin person	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

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

Patientuppgifter

Efternamn	Förnamn
Personnummer/samordningsnummer	

Övriga underlag av betydelse för bedömningen av behovet av god man

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 honom eller henne	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Patienten förstår vad ärendet handlar om	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Intyg utfärdande läkares underskrift

Namnsteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

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