

LÄKARINTYG

i ärende om anordnande av
förvaltare

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

Patientuppgifter

Efternamn		Förnamn	
Personnummer/samordningsnummer	Identiteten styrkt genom		

Undersökning för bedömning av det medicinska behovet av förvaltare

Patienten har undersökts genom

fysiskt möte annat kontaktsätt dvs.

distanskontakt via videolänk

Bedömning av det medicinska behovet av förvaltare

Patienten är på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande ur stånd att

vårda sig Ja Nej

vårda sin egendom Ja Nej

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

Patientuppgifter

Efternamn	Förnamn
Personnummer/samordningsnummer	

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 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	