

Underrättelse om beslut om fastspänning med bälte eller avskiljande

enligt 19 och 20 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i

.....

Sjukvårdsinrättning

Namn		Avdelning
Utdelningsadress		Telefon (inkl. riktnummer)
Postnummer	Postort	E-postadress

Patient

Personnummer	Vård med stöd av <input type="checkbox"/> 6 b § LPT <input type="checkbox"/> 11 § LPT <input type="checkbox"/> 5 § LRV <input type="checkbox"/> 7 § LRV
--------------	--

Komplettering (fyll i ny rapportblankett och markera med kryss om fastspänning eller avskiljande pågått längre tid än 72 timmar)

Åtgärden inleddes och avslutades**Undersökning genomförd av beslutande läkare**

Datum och klockslag – datum och klockslag	Datum och klockslag
---	---------------------

Beslut om fastspänning med bälte längre tid än fyra timmar (19 § LPT/8 § LRV)

Grund för beslutet

Hur uppstod situationen?
Varför var mindre ingripande åtgärder inte tillräckliga?
Vari bestod den omedelbara faran? Vari bestod det synnerliga skäl som motiverade att fastspänningen skulle överstiga fyra timmar?

Beslut om avskiljande längre tid än åtta timmar (20 § LPT/8 § LRV)

Grund för beslutet

Hur uppstod situationen?

Varför var mindre ingripande åtgärder inte tillräckliga?

På vilket sätt försvårade patienten allvarligt vården av de andra patienterna?
Vari bestod det synnerliga skäl som motiverade att avskiljandet skulle överstiga åtta timmar?

Beslutsfattarens underskrift

Datum	Namn
Befattning	Namnförtydligande

Underrättelse om beslut om inskränkning i patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster samt övervakning av försändelser från en patient

enligt 22 b § andra stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i

.....

Sjukvårdsinrättning

Namn		Avdelning
Utdelningsadress		Telefon (inkl. riktnummer)
Postnummer	Postort	E-postadress

Patient

Personnummer	Vård med stöd av <input type="checkbox"/> LPT <input type="checkbox"/> LRV
--------------	---

Beslut

<input type="checkbox"/> Inskränkning i en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster (20 a § LPT/8 § LRV)	Giltighetstid (år månad dag – år månad dag)
<input type="checkbox"/> Övervakning av försändelser från en patient (22 a § LPT/8 § LRV)	Giltighetstid (år månad dag – år månad dag)

Grund för beslutet/en

På vilket sätt är beslutet om inskränkning respektive övervakning nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada?

Varför var mindre ingripande åtgärder inte tillräckliga?

Beslutsfattarens underskrift

Datum	Namn
Befattning	Namnförtydligande