

**Blanketten fastställd av social- och hälsovårdsministeriet  
UTLÅTANDE MED FÖRSLAG OM ATT EN PERSON SKALL INTAS FÖR VÅRD OBEROENDE AV SIN  
VILJA ENLIGT 11 § I LAGEN OM MISSBRUKARVÅRD**

<b>1 Personuppgifter</b>	Släktnamn (även tidigare)	Förnamn (alla)
	Personbeteckning	Yrke
	Adress	Hemort
<b>2 Den remitterande läkarens utlåtande om vård oberoende av vilja enligt lagen om missbrukarvård</b>	Förhandsuppgifter och observationer som gjorts vid den kliniska undersökningen	
	<p>Motivering till att personen skall intas för vård:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Om bruket av berusningsmedel inte avbryts och behövlig vård inte ges, är personen i omedelbar livsfara eller håller på att ådra sig sådan allvarlig skada i fråga om hälsan som kräver brådskande vård</li> <li>Olämplig eller otillräcklig service som bygger på frivillighet</li> </ul>	
	Datum ____ / ____ 20	Läkarens underskrift, namnförtydligande och tjänsteställning
<b>3 Hörande</b>	Den berörda personens uppfattning om vårdförordnandet och utredning av faktorer som påverkar saken	
	Jag har delgivits det som anförts ovan och jag samtycker inte till vård <input type="checkbox"/>	
	Datum ____ / ____ 20	
	Den berörda personens underskrift och namnförtydligande	
	Den berörda personen har inte hörts, orsak:	

Blanketten fastställd av social- och hälsovårdsministeriet  
**BESLUT OM VÅRDFÖRORDNANDE ENLIGT 11 § I LAGEN OM MISSBRUKARVÅRD**

<b>1 Personuppgifter</b>	Släktnamn (även tidigare)	Förnamn (alla)
	Personbeteckning	Yrke
	Adress	Hemort
<b>2 Tidpunkt för undersökningen</b>	Datum för läkarutlåtandet <span style="float: right;">Läkarens namn</span> ____ / ____ 20	
<b>3 Beslut</b>	Beslut med motivering (både hälsorisker och vägran att ta emot vård):	
	Datum ____ / ____ 20	_____ Läkarens underskrift, namnförtydligande och tjänsteställning
<b>4 Delgivning</b>	Jag har delgivits beslutet och en styrkt kopia av det:	
	Datum ____ / ____ 20	Datum ____ / ____ 20
	Beslutet och en styrkt kopia av det har delgivits patienten ____ / ____ 20 . Patienten har dock vägrat att underteckna beslutet. Detta intygas av: _____ Underskrift och namnförtydligande    Underskrift och namnförtydligande Hälsotillståndet hos personen i fråga är så dåligt att han eller hon inte förstår beslutet och inte heller innebörden av delgivningen. Beslutet och en styrkt kopia av det har delgivits ____ / ____ 20 : _____ Den lagliga företrädarens underskrift och namnförtydligande Beslutet har inte delgivits:	
<b>5 Upphörande av beslut</b>	Behovet av vård oberoende av vilja har upphört Datum ____ / ____ 20 <span style="float: right;">_____ Läkarens underskrift och namnförtydligande</span> Det ovan nämnda har delgivits mig Datum ____ / ____ 20 <span style="float: right;">_____ Den berörda personens underskrift och namnförtydligande</span>	