

ANMÄLAN

enligt 6 kap. 6 §§ vapenlagen (1996:67)

Till Polismyndigheten i*

Anmälan avser

| | | |
|---------------------------------|----------------------------|--------------|
| Patientens efternamn och förman | | Personnummer |
| Bostadsadress | | |
| Postnummer | Postort | |
| Telefon (inkl. riktnummer) | Folkbokföringsort (kommun) | |

| | |
|--|------------------------------------|
| Patienten har informerats om anmälan <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | Datum då patienten blev informerad |
|--|------------------------------------|

Vårdform

| | | |
|---|---|--|
| Patienten vårdas i slutenvård i öppen vård <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Patienten vårdas enligt HSL <input type="checkbox"/> LPT <input type="checkbox"/> LRV <input type="checkbox"/> | Planerad utskrivningsdag, i förekommande fall |
| Sjukvårdsinrättningens namn (vid slutenvård) | | |
| Utdelningsadress | | |
| Postnummer | Postort | |
| C/o, om patientens vistelseadress är annan än bostadsadressen | | |
| Utdelningsadress | | |
| Postnummer | Postort | |

Anmälande läkare

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Läkarens efternamn och förnamn | Titel |
| Utdelningsadress (tjänsteställe) | |
| Postnummer | Postort |
| Telefon (inkl. riktnummer) | E-postadress |

Anmälande läkares bedömning

| | |
|---|---------------------|
| Jag bedömer att patienten av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen. | |
| Ort och datum | Läkares underskrift |