

**LÄKARINTYG****i ärende om anordnande av  
godmanskap**

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

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

**Undersökning för bedömning av det medicinska behovet av god man**

Patienten har undersökts genom	
fysiskt möte <input type="checkbox"/>	annat kontaktsätt <input type="checkbox"/> dvs. ....
distanskontakt via videolänk <input type="checkbox"/>	
Patienten har inte undersökts, bedömning har gjorts på annat sätt	<input type="checkbox"/>

**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 och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

## Eventuella 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 denne	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Det är uppenbart att patienten inte förstår vad saken handlar om	<input type="checkbox"/>	Stämmer	<input type="checkbox"/>	Stämmer inte

## Intygsuffärdande läkares underskrift

Namnteckning	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

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