**Mal for bistandsanmodning fra helsetjenesten til politiet ved tvungent psykisk helsevern (tilpasses tilgjengelig informasjon)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avsender** | | | |
| **Anmodende/ansvarlig helsepersonell:** | **Helseforetak/kommune:** | | |
| **Transport til:** (legevakt, institusjon i psykisk helsevern) | **AMISNR.** (dersom anmodende helsepersonell har AMISNR. – skriv dette inn) | | |
| **Informasjon om pasient** | | | |
| **Pasientenes navn og fødselsnummer (evt. fødselsdato):**  (ved ukryptert epost formidles dette til politiet på tlf. nr. XX) | | | **Kjønn:** |
| **Øvrige pasientopplysninger, vurdering av risiko mv.:** se rundskriv kapittel 5(ved ukryptert epost formidles dette til politiet på tlf nr. XX)  For politiet: Personopplysningene skrives inn i PO – ikke i dette skjema. | | | |
| **Bostedskommune:** |  | | |
| **Informasjon om oppdraget** | | | |
| **Dato og klokkeslett for bistand:** | **Hentested:** (hjemmeadresse må ved ukryptert epost formidles politiet på tlf. XX) | | |
| **Nødvendighetsbehovet:**  (Begrunnelse for politiets bistand forutsetter at helsepersonell/pårørende er vurdert til ikke å være tilstrekkelig. Begrunn hvorfor, for eksempel fordi vedkommende motsetter seg fysisk) Se rundskriv kapittel 4. | | | |
| **Beskrivelse av bistandsbehovet:**  (For eksempel transport til legevakt, bane adgang til hus mv.) Se rundskriv kapittel 4.2 | | **Medisinske opplysninger som er viktig for politiet å kjenne til, herunder også somatiske:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn på helsepersonellet som møter politiet:** | **Telefonnummer kontaktperson:** |
| **Ev. barn/unge i familien som berøres av hentingen:**  JA/NEI/VET IKKE |  |
| **Egnet kjøretøy for transport/type kjøretøy:**  Ambulanse  Sivil helsebil  Politibil  Ambulansefly  Annet (hva) | |