**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:** AmbulanseSivil helsebilPolitibilAmbulanseflyAnnet (hva) |