

**ANMÄLAN TILL REGIONFÖRVALTNINGSVERKET
OM ISOLERING OCH FASTSPÄNNING AV PATIENTER**
(mentalvårdslagen 22 f § 4 mom.)

År 20_____

Anmälan gäller kalendervecka/veckorna _____

Sjukhus/resultatenhet _____

_____/_____/20_____

Namn på den som lämnar anmälan, underskrift och tjänsteställning/uppgiftsbeteckning

Tidpunkt då begränsningen inleddes/avslutades och begränsningens varaktighet *			Patientens namn och personbeteckning	Beskrivning av begränsningen (isolering/fastspänning)	Grund för begränsningen **	Namn på den som fattat beslut om begränsningen, underskrift, tjänsteställning och identifikationskod
inledningsdag och klockslag	avslutningsdag och klockslag	varaktighet				

* Inlednings- och avslutningsdagen kan antecknas på olika rader. Begränsningens varaktighet (dagar, timmar och minuter) antecknas alltid i en anmälan som gäller avslutande av en begränsning.

** Som grund för begränsningen specificeras orsaken till begränsningen. En hänvisning till en författning är inte tillräcklig information.