

LÄKARUTLÅTANDE I INTRESSEBEVAKNINGSSÄRENDE

Utlåtandets användningsändamål: <input type="checkbox"/> förordnande av intressebevakare <input type="checkbox"/> ändring av en intressebevakares uppgift eller begränsning av en persons handlingsbehörighet <input type="checkbox"/> upphävande av intressebevakning som onödig	
Personuppgifter för den som undersöks:	
Namn	Personbeteckning
Adress	
Hur har den undersöktas identitet konstaterats? <input type="checkbox"/> identitetsbevis <input type="checkbox"/> på annat sätt, hur _____	
Jag känner till den undersöktas hälsotillstånd: Personligen sedan ____/____/_____ På basis av dokument sedan ____/____/_____ _____	
På vems begäran ges utlåtandet? <input type="checkbox"/> magistratens <input type="checkbox"/> intressebevakarens <input type="checkbox"/> med patientens samtycke, på någon annans begäran, vems? _____	
<input type="checkbox"/> domstolens <input type="checkbox"/> patientens	
Om läkaren själv vill hålla initiativet i ett intressebevakningsärende ska han eller hon först göra en anmälan till magistraten om den person som uppenbart är i behov av intressebevakning. Därefter ber magistraten om ett läkarutlåtande.	
Plats och tid för undersökningen: ____/____/20____	
Vilka andra var närvarande vid undersökningen?	
ANAMNES	
Sjukdomar och begränsningar av funktionsförmågan som påverkar situationen:	
De förhandsuppgifter som läkaren har fått om den undersöktas förmåga att sköta ekonomiska eller personliga ärenden (också en uppgift om vem som gett uppgifterna eller var de erhållits):	
OBSERVATIONER VID UNDERSÖKNINGEN	
Läkarens observationer vid undersökningen som gäller omständigheter som påverkar den undersöktas förmåga att sköta sina ärenden:	
Vilka noggrannare undersökningar eller test som påverkar saken har eventuellt gjorts (test, tidpunkt och resultat)?	
Står observationerna vid undersökningen i konflikt med anamnesen <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, på vilket sätt?	
SLUTSATSER	
Förmår den undersökta bevaka sina egna intressen och sköta ärenden som gäller personen själv och hans eller hennes förmögenhet?	

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
I vilket slags ärenden behöver den undersökta stöd? <input type="checkbox"/> I ekonomiska och juridiska, precisera vid behov: <input type="checkbox"/> I personliga, precisera vid behov:
Annat som bör nämnas:
Är den undersökta sjukdom eller begränsning av funktionsförmågan av det slag att han eller hon genom egna handlingar kan tillfoga sig själv ekonomisk eller annan skada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, precisera vid behov:
Är den undersökta sjukdom eller begränsning av funktionsförmågan av det slag att han eller hon kan bli föremål för ekonomiskt utnyttjande? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, precisera vid behov:
Närmare slutledningar av läkaren i en situation där en ändring av intressebevakarens uppgift eller en begränsning av dennas handlingsbehörighet föreslås (se social- och hälsovårdsministeriets anvisningar (1999:51) punkt 2.2.5.c):
Närmare slutledningar av läkaren i en situation där man ansöker om att intressebevakningen ska upphöra (se social- och hälsovårdsministeriets anvisningar (1999:51) punkt 2.2.5.d):
Förstår den undersökta de begränsningar hans eller hennes hälsotillstånd medför för förmågan att sköta ärenden? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Förstår den undersökta innebörden av ärendet som gäller förordnande av en intressebevakare och följderna för honom eller henne själv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (I detta fall kan han eller hon inte heller höras i samband med behandlingen av ärendet)
Den undersökta åsikt om behovet av intressebevakning vid tidpunkten för undersökningen: <input type="checkbox"/> Godkänner <input type="checkbox"/> Motsätter Om den undersökta motsätter sig, förstår han eller hon innebörden av motsättningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Har inte uttryckt någon åsikt
Kan den undersökta höras i samband med behandlingen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> eftersom han eller hon inte förstår ärendets innebörd <input type="checkbox"/> eftersom ett hörande på grund av hans eller hennes tillstånd är omöjligt eller medför oskäligen olägenheter <input type="checkbox"/> Ja, han eller hon förstår ärendets innebörd <input type="checkbox"/> Han eller hon kan höras, men det kräver specialarrangemang (t.ex. på grund av rörelsehinder eller hörselskada eller om det psykiska tillståndet kräver hörande t.ex. hemma eller på en institution). Precisering:
Är den nedsatta funktionsförmågan <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> tillfällig
Uppskattning av hur länge den nedsatta funktionsförmågan kan pågå eller av sjukdomens framskridande och prognos:
Den undersökta eventuella egna förslag på intressebevakare:

UNDERSKRIFT

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Kontaktuppgift för begäran om mer information: