

ANMÄLAN TILL LÄNSSTYRELSEN OM ISOLERING OCH FASTSPÄNNING AV PATIENTER

År 200_____

Anmälan gäller kalendervecka/kalenderveckorna_____

Sjukhus/Resultatenhet _____

____ / ____ 200_____

Datum och underskrift

Tidpunkt då begränsningen Inleddes/avslutades och begränsningens varaktighet*			Patientens namn och personbeteckning	Beskrivning av begränsningen (isolering/fastspänning)	Grund för begränsningen**	Beslut om begränsningen fattat av
inled- ningsdag	avslut- ningsdag	varak- tighet				

* Inlednings- och avslutningsdagen kan antecknas på olika rader. Begränsningens varaktighet (dagar/timmar) 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.