

## LÄKARINTYG

för utredning i ärende om anordnande av **godmanskap** enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken (FB)<sup>1</sup>:

"Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, skall rätten, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne. Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap skall anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas.

När rätten meddelar ett beslut enligt första stycket, skall rätten samtidigt förordna en god man att utföra uppdraget. Om en god man i något annat fall skall förordnas på grund av ett beslut enligt första stycket, skall förordnandet meddelas av överförmyndaren."

## Personuppgifter för den som intyget avser

|                                                                                                |                                                                                                                              |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Efternamn och alla förnamn<br><b>EXEMPEL    Bengt Bengtsson</b>                                |                                                                                                                              | Personnummer<br><b>19 151515-1515</b>          |
| Postadress (utdelningsadress, postnummer och ort)<br><b>Firmavägen 32, 12345 Upplands Täby</b> |                                                                                                                              |                                                |
| Yrke/titel                                                                                     |                                                                                                                              | Telefon (även riktnummer)<br><b>08-000 000</b> |
| Folkbokföringskommun<br><b>Upplands Täby</b>                                                   | Den enskilde är av mig tidigare<br><input checked="" type="checkbox"/> <b>känd</b> <input type="checkbox"/> <b>inte känd</b> |                                                |

## Underlag för bedömning

## Aktuellt hälsotillstånd

Patient med autism sedan barndomen. Har tidigare följts av barn- och ungdomshabiliteringen. Stort omvårdnadsbehov.  
Somatiskt status 07- 01-01 allmäntillstånd: Gott och opåverkat. Inga synbara inkompositionstecken. Stor och kraftig.  
Övrigt somatiskt status ej genomfört då patienten inte vill medverka.  
Psykiskt status: Mycket orolig i undersökningssituationen, vankar av och an. Kan förmås att sätta sig ner några minuter. Talar ej. Dunkar ibland huvudet i väggen. Lämnar efter 10 minuter mottagningen tillsammans med sina assistenter medan medföljande mamma kvarstannar för att redogöra för situationen.  
Diagnos: Autism sedan barndomen F84,0 och psykisk utvecklingsstörning med beteendestörning F79,1.

<sup>1</sup> Kompletterande bestämmelser finns i 11 kap. 17 § FB: "Innan rätten anordnar förvaltarskap skall den inhämta läkarintyg eller annan likvärdig utredning om den enskildes hälsotillstånd. Detta gäller även i ärenden om anordnande av godmanskap enligt 4 §, när den enskilde inte har lämnat sitt samtycke."

## Underlag för bedömning

Omständigheter som talar för att den enskilde behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person.

### EXEMPEL

24-årig man med svår autism och utvecklingsstörning. Är beroende av vuxet stöd dygnet runt för sin dagliga livsföring.

Kryss i nej-ruta medför att överförmyndaren utreder ärendet utförligare än om läkaren kryssar i ja-rutan.

## Inför handläggningen i tingsrätten

|                                                                                                                                                         |                             |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| Har den enskilde lämnat sitt skriftliga samtycke till anordnande av godmanskap?<br>Om "ja" skall skriftligt samtycke från den enskilde bifogas ansökan. | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nej |
| Kan den enskilde höras muntligen utan att detta medför skada för honom eller henne?                                                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nej |
| Förstår den enskilde vad saken gäller?                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nej |

## Utlåtande

Jag intygar att jag efter utredning som innefattar personlig undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter funnit att

(Den enskildes namn)

behöver hjälp med att

|                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | bevaka sin rätt      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | förvalta sin egendom |
| <input checked="" type="checkbox"/> | sörja för sin person |

på grund av

|                                     |                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | sjukdom                                                      |
| <input type="checkbox"/>            | psykisk störning                                             |
| <input type="checkbox"/>            | försvagat hälsotillstånd                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | liknande förhållande autism och psykisk utvecklingsstörning. |

## Underskrift

|                                        |                                                      |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Ort och datum<br>Stockholm 2007-       | Befattning<br>Husläkare                              |
| Den legitimerade läkarens namnteckning | Tjänsteställe<br>Hälsocentralen, Stockholm           |
| Namnförtydligande<br>Dr Husläkare      | Adress och telefon till tjänstestället<br>08-000 000 |