



Sýslumaðurinn á höfuðborgarsvæðinu

Hlíðasmára 1, 201 Kópavogi • www.syslumenn.is • fjolskylda@syslumenn.is • kt.650914-2520 • sími 458-2000

Læknisvottorð

vegna beiðni um nauðungarvistun skv. heimild í 3. mgr., sbr. 2. mgr. 19. gr. lög-ræðis-laga nr. 71/1997

Nafn sjúklings:	Kennitala:
Lögheimili (gata og götunúmer, póstnúmer og sveitarfélag):	Dvalarstaður (gata og götunúmer, póstnúmer og sveitarfélag ef annað en lögheimili):

Sjúkdómsferill og félagslegar aðstæður

- a) Getið skal um sjúkdómsferil og félagslega stöðu að því leyti sem lækni er kunnugt um og máli þykir skipta og frá hverjum þær upplýsingar eru komnar.

Frh. á lausu blaði ef þörf krefur



Sýslumaðurinn á höfuðborgarsvæðinu

Skógarhlíð 6, 105 Reykjavík • www.syslumenn.is • fjolskylda@syslumenn.is • kt.650914-2520 • sími 458-2000

Skoðun

Hvar fer skoðun fram:	Dagur og stund:
b) Greint skal frá andlegu og líkamlegu ástandi, líkamlegum einkennum ef einhver eru, meðvitund, skynjun (áttun) á stað og stund og eigin persónu, skynvillu, ranghugmyndum, ofskynjunum, sjúkdómsinnsæi, árársartilhneigingu, hegðun og öðru sem telja má nauðsynlegt að fram komi.	
Frh. á lausu blaði ef þörf krefur	
c) Afstaða þess, sem beiðst er að vistaður verði, til beiðni um nauðungarvistun hans, eftir því sem við verður komið:	



Sýslumaðurinn á höfuðborgarsvæðinu

Skógarhlíð 6, 105 Reykjavík • www.syslumenn.is • fjolskylda@syslumenn.is • kt.650914-2520 • sími 458-2000

Niðurstaða

d) Gerð skal grein fyrir því á hvaða lagagrunni beiðni um nauðungarvistun er byggð, sbr. 2. mgr. 19. gr. löggræðisлага.

- Alvarlegur geðsjúkdómur þess sem beiðst er að vistaður verði og þá sjúkdómsgreining:
- Verulegar líkur eru taldar á að hann sé haldinn alvarlegum geðsjúkdómi og þá hverjum:
- Ástand hans er þannig að jafna má til alvarlegs geðsjúkdóms. Þá lýsing á ástandinu:
- Alvarleg áfengisfíkn eða ofnautn ávana- og fíkniefna.

Frh. á lausu blaði ef þörf krefur

e) Yfirlýsing læknis um að nauðungarvistun sé að hans mati óhjákvæmileg, sbr. 3. mgr. 19. gr. laganna:

Nafn þess er beiður um vottorð:

Heimilisfang (gata og götunúmer, póstnúmer og sveitarfélag):

Sími:

Nafn læknis:

Dagsetning:

Undirskrift læknis:

Læknanúmer:

Símanúmer:

Starfsstöð: