

**ANMÄLAN**

enligt 6 kap. 6 §§ vapenlagen (1996:67)

Till Polismyndigheten i\*

**Anmälan avser**

Patientens efternamn och förnamn		Personnummer
Bostadsadress		
Postnummer	Postort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Folkbokföringsort (kommun)	

Patienten har informerats om anmälan <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Datum då patienten blev informerad
--	------------------------------------

**Vårdform**

Patienten vårdas i sluten vård      i öppen vård <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Patienten vårdas enligt HSL <input type="checkbox"/> LPT <input type="checkbox"/> LRV <input type="checkbox"/>	Planerad utskrivningsdag, i förekommande fall
Sjukvårdsinrättningens namn (vid slutenvård)		
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	
C/o, om patientens vistelseadress är annan än bostadsadressen		
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	

**Anmälande läkare**

Läkarens efternamn och förnamn	Titel
Utdelningsadress (tjänsteställe)	
Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-postadress

**Anmälande läkares bedömning**

Jag bedömer att patienten av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen.	
Ort och datum	Läkares underskrift