

# Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer 2021-1-7149

Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

---

## Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården;

**HSLF-FS  
2020:87**

Utkom från trycket  
den 4 februari 2021

beslutade den 15 december 2020.

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), 13 § andra stycket tandvårdsförordningen (1998:1338), 17 § anställningsförordningen (1994:373), 18 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, 19 § begravningsförordningen (1990:1147), förordningen (1988:1366) om utredningen i ärenden om förordnande av god man och förvaltare samt 4 § 4 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. i fråga om Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården

*dels* att bilagorna 1 och 5 a ska upphöra att gälla,

*dels* att 1 kap. 4 §, 4 kap. 1 och 2 §§, 6 kap. 5 §, 7 kap. 2 och 5 §§ samt bilagorna 2–5 ska ha följande lydelse,

*dels* att det ska införas tre nya bilagor, bilaga 1 a–c, av följande lydelse.

Föreskrifterna är utarbetade efter samråd med Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket och Skatteverket.

### **1 kap.**

**4 §** Med hälso- och sjukvård avses i dessa föreskrifter verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125).

Med vårdgivare avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

### **4 kap.**

**1 §** Vad gäller anställda i kommuner och regioner finns bestämmelser om jäv i 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725).

Vad gäller övriga förvaltningsmyndigheter finns bestämmelser om jäv i 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900).

Vårdgivaren ska genom rutinerna för utfärdande av intyg säkerställa att paragraferna som anges i första stycket följs, om de är tillämpliga.

**2 §** I andra verksamheter än de som omfattas av 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725) och 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900) ska intygsutfärdaren inte utfärda ett intyg, om det finns någon särskild omständighet som gör att hans eller hennes opartiskhet kan ifrågasättas. Intyget får dock utfärdas om det finns särskilda skäl. Skälen ska då anges i intyget.

Vårdgivaren ska genom rutinerna för utfärdande av intyg säkerställa att vad som anges i första stycket följs, om det är tillämpligt. Av rutinerna ska det framgå vilka särskilda omständigheter som kan innebära att intygsutfärdarens opartiskhet kan ifrågasättas.

## **6 kap.**

**5 §** Ett intyg ska innehålla uppgifter om

1. intygets ändamål,
2. datumet för utfärdandet,
3. intygspersonens namn,
4. intygspersonens personnummer eller, om sådant inte finns, samordningsnummer,
5. intygsutfärdarens namn, kompetens, tjänsteställning eller befattning och kontaktuppgifter i tjänsten, samt
6. kontaktsätt i de fall intygspersonen har undersökts.

Om uppgifterna i första stycket 3 och 4 inte är möjliga att lämna, ska intygspersonens identitet beskrivas på ett sådant sätt att han eller hon inte kan förväxlas med någon annan.

## **7 kap.**

**2 §** Vårdintyg enligt 4 och 11 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 5 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska utfärdas på särskilda formulär (*bilagorna 1 a–c*).

**5 §<sup>1</sup>** Dödsbevis och dödsorsaksintyg enligt 4 kap. 2 § begravningslagen (1990:1144) ska utfärdas och lämnas till Skatteverket respektive Socialstyrelsen genom myndigheternas elektroniska tjänster för ändamålet.

Intygen får dock även utfärdas och lämnas på formulären för dödsbevis (*bilaga 5*) respektive dödsorsaksintyg (*bilaga 6*). Vid polisanmälan ska formuläret för dödsbevis alltid användas.

När uppgifterna lämnas elektroniskt enligt första stycket ska det göras i enlighet med bilaga 5 respektive bilaga 6.

- 
1. Denna författning träder i kraft den 1 mars 2021.
  2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för intyg som har utfärdats före den 1 mars 2021.

Socialstyrelsen

OLIVIA WIGZELL

Emmelie Pettersén Uggla



**VÅRDINTYG**  
för psykiatrisk tvångsvård

Detta formulär ska användas vid behov av psykiatrisk tvångsvård enligt 3 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Av 4 § samma lag framgår det att ett vårdintyg ska grundas på en särskild läkarundersökning.

**Vårdintyget utfärdas**

Datum
-------

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

**Iakttagelser vid undersökningen**

Ange de iakttagelser (psykiatriska och somatiska statusfynd) som är av betydelse för bedömningen av hälsotillstånd och vårdbehov

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 a (2020-12)

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen**

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 a (2020-12)

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Bedömning av patientens allvariga psykiska störning**

Sammanfatta vad i hälsotillståndet som ligger till grund för bedömningen att patienten har en allvarlig psykisk störning

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 a (2020-12)

**Patientens inställning till erbjuden psykiatrisk vård**

<input type="checkbox"/>	Patienten motsätter sig vården
<input type="checkbox"/>	Patienten accepterar vården men det finns grundad anledning att tro att den inte kan ges med dennes samtycke

## Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

## Bedömning av patientens vårdbehov

Ange varför patienten har ett oundgängligt (direkt nödvändigt) behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom sluten psykiatrisk tvångsvård

## Utlåtande

Intygsutfärdande läkare bedömer

- att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, och
- att jäv enligt 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725) eller 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900) inte föreligger

Underskrift	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Har svensk läkarlegitimation <input type="checkbox"/>	Har inte läkarlegitimation, men Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg <input type="checkbox"/>
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 a (2020-12)



**VÅRDINTYG**  
för konvertering till psykiatrisk  
tvångsvård

Detta formulär ska användas vid behov av konvertering från frivillig psykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård enligt 11 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Av 4 § samma lag framgår det att ett vårdintyg ska grundas på en särskild läkarundersökning.

**Vårdintyget utfärdas**

Datum	Klockslag
-------	-----------

Datum och klockslag avser alltså inte tidpunkten för patientens ankomst till sjukvårdsinrättningen

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

**Iakttagelser vid undersökningen**

Ange de iakttagelser (psykiatriska och somatiska statusfynd) som är av betydelse för bedömningen av hälsotillstånd och vårdbehov

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 b (2020:12)



**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen**

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 b (2020:12)

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Bedömning av patientens allvarliga psykiska störning**

Sammanfatta vad i hälsotillståndet som ligger till grund för bedömningen att patienten har en allvarlig psykisk störning

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 b (2020-12)

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Patientens inställning till erbjuden psykiatrisk vård**

<input type="checkbox"/>	Patienten motsätter sig vården
<input type="checkbox"/>	Patienten accepterar vården men det finns grundad anledning att tro att den inte kan ges med dennes samtycke

**Bedömning av patientens vårdbehov**

Ange varför patienten har ett oundgängligt (direkt nödvändigt) behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom sluten psykiatrisk tvångsvård

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Riskbedömning**

Patienten riskerar att skada sig själv
Patienten riskerar att begå självmord
Patienten riskerar att skada någon annan

**Utlåtande**

Intygsutfärdande läkare bedömer

- att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, och
- att jäv enligt 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725) eller 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900) inte föreligger

Underskrift	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Har svensk läkarlegitimation <input type="checkbox"/>	Har inte läkarlegitimation, men Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg <input type="checkbox"/>
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 b (2020-12)

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

**VÅRDINTYG**  
för rättspsykiatrisk vård

Detta formulär ska användas vid behov av rättspsykiatrisk vård enligt 4 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Av 5 § samma lag framgår det att 4 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård gäller vid utfärdande av vårdintyg. Av 4 § lagen om psykiatrisk tvångsvård framgår det att intyget ska grundas på en särskild läkarundersökning.

**Vårdintyget utfärdas**

Datum
-------

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

**Iakttagelser vid undersökningen**

Ange de iakttagelser (psykiatriska och somatiska statusfynd) som är av betydelse för bedömningen av hälsotillstånd och vårdbehov
--

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen**

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 c (2020:12)

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Bedömning av patientens allvarliga psykiska störning**

Sammanfatta vad i hälsotillståndet som ligger till grund för bedömningen att patienten har en allvarlig psykisk störning

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 c (2020-12)

**Patientens inställning till erbjuden psykiatrisk vård**

<input type="checkbox"/>	Patienten motsätter sig vården
<input type="checkbox"/>	Patienten accepterar vården men det finns grundad anledning att tro att den inte kan ges med dennes samtycke

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Bedömning av patientens vårdbehov**

Ange varför patienten har ett behov av rättspsykiatrisk vård och inte kan behandlas där denne nu är frihetsberövad

**Utlåtande**

Intygsutfärdande läkare bedömer

- att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, och
- att jäv enligt 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725) eller 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900) inte föreligger

Underskrift	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Har svensk läkarlegitimation <input type="checkbox"/>	Har inte läkarlegitimation, men Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg <input type="checkbox"/>
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 1 c (2020:12)

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	





## LÄKARINTYG

i ärende om anordnande av  
godmanskap

Detta formulär ska användas vid behov av god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken.

## Patientuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

## Undersökning för bedömning av det medicinska behovet av god man

Patienten har undersökts genom	
fysiskt möte <input type="checkbox"/>	annat kontaktsätt <input type="checkbox"/> dvs. ....
distanskontakt via videolänk <input type="checkbox"/>	
Patienten har inte undersökts, bedömning har gjorts på annat sätt <input type="checkbox"/>	

## Bedömning av det medicinska behovet av god man

Patienten behöver på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande hjälp med att				
bevaka sin rätt	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
förvalta sin egendom	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
sörja för sin person	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Ange vad det är som gör att patienten bedöms behöva god man med utgångspunkt från hälsotillstånd och aktivitetsbegränsningar				

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 2 (2020-12)

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen av behovet av god man**

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

**Inför handläggningen i tingsrätten**

Patienten kan höras muntligen utan att det medför skada för denne	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Det är uppenbart att patienten inte förstår vad saken handlar om	<input type="checkbox"/> Stämmer	<input type="checkbox"/> Stämmer inte

**Intygsuffärdande läkares underskrift**

Namn-teckning	Datum
Namn-förtydligande	Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 2 (2020-12)

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

**LÄKARINTYG**

i ärende om anordnande av  
förvaltare

Detta formulär ska användas vid behov av förvaltare enligt 11 kap. 7 § föräldrabalken.

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
Identiteten styrkt genom	

**Undersökning för bedömning av det medicinska behovet av förvaltare**

Patienten har undersökts genom	
fysiskt möte <input type="checkbox"/>	annat kontaktsätt <input type="checkbox"/> dvs. ....
distanskontakt via videolänk <input type="checkbox"/>	
Patienten har inte undersökts, bedömning har gjorts på annat sätt <input type="checkbox"/>	

**Bedömning av det medicinska behovet av förvaltare**

Patienten är på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande ur stånd att				
vårda sig	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
vårda sin egendom	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Ange vad det är som gör att patienten bedöms behöva förvaltare med utgångspunkt från hälsotillstånd och aktivitetsbegränsningar

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 3 (2020-12)

**Patientuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer/samordningsnummer
-----------------------	--------------------------------

**Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen av behovet av förvattare**

Uppgifter från patienten själv
Information från andra personer än patienten
Uppgifter från patientens journal
Uppgifter från andra handlingar än patientens journal

**Inför handläggningen i fingsrätten**

Patienten kan höras muntligen utan att det medför skada för denne	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Det är uppenbart att patienten inte förstår vad saken handlar om	<input type="checkbox"/> Stämmer	<input type="checkbox"/> Stämmer inte

**Intygsuffärdande läkares underskrift**

Namnsteckning	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 3 (2020-12)

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	

**LÄKARINTYG**

för utredning i ärende enligt lagen  
(1994:261) om **fullmaktсанställning**

Delta formulär ska användas av läkare som Socialstyrelsen på begäran av Statens ansvarsnämnd utser enligt 17 § anställningsförordningen (1994:373) för att utföra läkarundersökning av arbetstagare som är anställda med fullmakt hos myndighet under regeringen.

Enligt 11 § lagen (1994:261) om fullmaktсанställning får beslutas att en arbetstagare ska undersökas av läkare som anvisas honom, om arbetstagaren inte fullgör sina arbetsuppgifter tillfredsställande och det är sannolikt att den bristande arbetsförmågan beror på sjukdom eller något jämförbart förhållande.

Till

Statens ansvarsnämnd

**Personuppgifter för den som intyget avser**

Efternamn och förnamn		Personnummer
Identiteten styrkt genom	Yrke/titel	Telefon (inkl. riktnummer)

**Intygspersonens arbetsgivare**

Arbetsgivarens namn		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort

**Underlag för bedömningen**

Anamnes
Nuvarande hälsotillstånd

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 4 (2020-12)

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

**Underlag för bedömningen** (forts.)

Omständigheter som talar för att den undersökte på grund av förlust av eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom är för framtiden oförmögen att fullgöra sina arbetsuppgifter i fullmaktanställningen tillfredsställande (jfr 6 § första stycket 1 lagen om fullmaktanställning)

**Utlåtande**

Jag intygar att jag i förhållande till den undersökte har en oberoende ställning och att jag efter utredning som innefattar undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter har funnit att

.....  
(Den undersöktes namn)

på grund av förlust av eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom

är  är inte  för framtiden oförmögen att fullgöra sina arbetsuppgifter i sin fullmaktanställning tillfredsställande.

**Den intygsulfvärdande legitimerade läkarens underskrift**

Namnleckning	Datum
Namnförtydligande	Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 4 (2020-12)

Vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	



## DÖDSBEVIS

 Ersätter tidigare utfärdat dödsbevis

Till

Skatteverket/  
Polismyndigheten vid polisanmälan

## Den avlidnes personuppgifter

Personnummer/samordningsnummer (12 siffror)	Födelsedatum (8 siffror) och kön om personnr/samordn.nr saknas <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Går ej att avgöra		
Efternamn	Förnamn		
Bostadsadress	Postnummer	Postort	
Identiteten styrkt genom			

## Dödsdatum

År mån dag (fyll ut med nollor om exakta uppgifter saknas) <input type="checkbox"/> Säkert <input type="checkbox"/> Ej säkert	Om dödsdatum ej säkert, anträffad död	År mån dag
--	--	------------

## Dödsplats

Kommun (om okänd dödsplats, kommunen där kroppen påträffades)	<input type="checkbox"/> Sjukhus	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
	<input type="checkbox"/> Ordinarie boende	<input type="checkbox"/> Annan/okänd

## Barn som avlidit senast 28 dygn efter födelsen

(uppgifterna om modern fylls i endast för barn utan personnummer)

<input type="checkbox"/> Dödfött	<input type="checkbox"/> Avlidit inom 28 dygn efter födelsen
Moderns efternamn och förnamn	Moderns personnr/samordn.nr/födelsedatum

## Explosivt implantat

Har den avlidne haft ett implantat som kan explodera vid kremering? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, har implantatet avlägsnats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	--

Yttre undersökning<sup>1</sup>

Har yttre undersökning av kroppen genomförts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, den avlidne undersökt kort före döden	År mån dag <input type="checkbox"/> Nej, rättsmedicinsk undersökning ska göras
--	---

Polisanmälan<sup>2</sup>

Finns skäl för polisanmälan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om dödsfallet har eller kan ha orsakats av yttre påverkan (skada/förgiftning) eller fel/försummelse i vården eller den dödes identitet är okänd, ska polisanmälan göras och dödsbeviset lämnas till Polismyndigheten
--

## Underskrift av utfärdande läkare

Ort och datum	Läkarens namnteckning		
Läkarens efternamn och förnamn	Befattning		
Tjänsteställe			
Utdelningsadress	Postnummer	Postort	
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post		

HSLF-FS 2020:87 - Bilaga 5 (2020-12)

DENNA SIDA INNEHÅLLER INFORMATION. LÄMNA INTE NÅGRA UPPGIFTER NEDAN.

❶ **Yttre undersökning**

Beslut om att hämta in en rättsmedicinsk undersökning enligt 13–15 §§ lagen (1995:832) om obduktion m.m. meddelas av Polismyndigheten enligt 18 § samma lag. En sådan undersökning som avses i 13 § 1 får även beslutas av allmän domstol eller allmän åklagare.

❷ **Polisanmälan**

Enligt 14 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:15) om vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall ska en anmälan till Polismyndigheten göras i följande fall.

1. Om ett dödsfall har eller kan ha orsakats av yttre påverkan, dvs. skada eller förgiftning tillfogad

- av någon annan person än den som har avlidit,
- genom olycksfall, eller
- genom självmord

och inte enbart av sjukdom.

2. Om det är svårt att avgöra om ett dödsfall har orsakats av yttre påverkan

- när någon anträffas död och tidigare sjukdom eller sjukdomsbild inte kan förklara dödsfallet, dvs. vid helt oväntade dödsfall hos både barn och vuxna,
- när en missbrukare anträffas död, eller
- vid framskriden förruttnelse.

3. Om ett dödsfall kan misstänkas ha samband med fel eller försummelse i hälso- och sjukvården.

4. Om en avliden inte har kunnat identifieras.

Av de allmänna råden till 17 § i samma författning framgår det att när ett dödsbevis lämnas till Polismyndigheten enligt 4 kap. 4 § andra stycket begravningslagen (1990:1144) bör en kopia av dödsbeviset samtidigt skickas till Skatteverket.

Polismyndigheten ska skicka dödsbeviset tillsammans med tillståndet till gravsättning och kremering till Skatteverket enligt 4 kap. 4 § andra stycket begravningslagen (1990:1144).





**HSLF-FS**  
**2020:87**



HSLF-FS kan laddas ned eller beställas via  
Socialstyrelsens publikationsservice  
webb: [www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer)  
e-post: [publikationsservice@socialstyrelsen.se](mailto:publikationsservice@socialstyrelsen.se)

