

Avsändarens diarienummer

Anmälan görs till den tillsynsregion som har tillsyn över den verksamhet där det allvarliga missförhållandet har inträffat eller risken för ett allvarligt missförhållande har förelegat.

- ett allvarligt missförhållande
 en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande

Socialstyrelsen
Region

Anmälan görs av

- Nämnd _____ i _____ kommun/landsting
- Enskild verksamhet _____ (namnet på t.ex. bolaget, stiftelsen)
- Statens institutionsstyrelse

Kontaktperson	Titel/funktion
Arbetsplats	Utdelningsadress
Postnr	Postort
Telefon (inkl. riktnr)	E-postadress

Var och när har det allvarliga missförhållandet inträffat eller risken för ett allvarligt missförhållande förelegat

Enhet/avdelning	Typ av verksamhet	
Gatuadress	Postnr	Postort
Telefon (inkl. riktnr)	Datum, veckodag samt klockslag för det inträffade	

Kortfattad beskrivning av det allvarliga missförhållandet eller risken för ett allvarligt missförhållande och konsekvenserna för den enskilde

- Berörda enskilda har underrättats om anmälan om det allvarliga missförhållandet eller risken för ett allvarligt missförhållande

Bifogade handlingar

- Slutförd utredning enligt 14 kap. 6 § SoL
- Slutförd utredning enligt 24 e § LSS
- Gällande rutiner i verksamheten som är av betydelse för det aktuella missförhållandet
- Övrigt _____

Beskrivning av verksamhetens organisation och bemanning**Uppgifter om personalens utbildning, tjänstgöringstid och anställningsform (på den berörda enheten)****Åtgärder som har vidtagits eller planeras i verksamheten för att förhindra att liknande missförhållanden inträffar igen**

Datum	Den anmälningsansvariges underskrift/protokollsutdrag	Namnförtydligande
-------	-------------------------------------------------------	-------------------