



Datum

Diarienummer

Person å vilken fängslet anbragts

Personnummer	Efternamn	Samtliga förnamn	Tilltalsnamn
Fängsel på datum	Tid	Fängsel av datum	Tid
Fängslets art		<input type="checkbox"/> Handfängsel	<input type="checkbox"/> Fotfängsel
Anledning till åtgärden			
<input type="checkbox"/> Våldsamt uppträdande	<input type="checkbox"/> Hot om våld		
<input type="checkbox"/> Fara för den omhändertagnes liv eller hälsa	<input type="checkbox"/> Flyktfara		
<input type="checkbox"/> Fara för annans liv eller hälsa	<input type="checkbox"/>		
Omständigheter vid fängselbeläggningen (obligatorisk uppgift)			
Har fängsel anbragts inom förvaringslokalen (arrest)?			
<input type="checkbox"/> Ja, och läkares yttrande ska inhämtas	<input type="checkbox"/> Nej		
Läkares yttrande			

Underskrift Polisman Ordningsvakt

_____	_____
(Datum)	Underskrift av den befattningshavare som utfört åtgärden
_____	_____
(Ort)	Namnförtydligande och tjug-nr/motsv

_____	_____
(Datum)	Underskrift av den befattningshavare som beslutat åtgärden (om annan än den som utfört åtgärden)
_____	_____
(Ort)	Namnförtydligande och tjug-nr/motsv