



**Rättsmedicinalverket**  
 Rättspsykiatriska avdelningen, STOCKHOLM  
 Box 4044, 141 04 Huddinge  
 Telefon 08-607 15 00, Telefax 08-711 71 41

Ink 2014 -10- 16

Akt...../.....

**LÄKARINTYG** Aktbil.....  
 enligt 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning  
 i brottmål, m.m.

FALU TINGSRÄTT  
 4:2

Expedieringsdatum <b>2014-10-15</b>	Rättsmedicinalverkets dnr <b>S14-4376</b>	2014-10-16 MÅLNR: B 2987-14 AKTBIL: 41
--	--	--

**Uppdragsgivare**

Domstol <b>Falu tingsrätt, enhet 4, 4:2</b>	Mål nr <b>B 2987-14</b>	Typ av intyg § 7 <input checked="" type="checkbox"/> § 7-vård <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	---

**Person som intyget avser**

Efternamn och förnamn <b>Järvelä, SAMI Matias</b>	Personnummer <b>730222-7611</b>
Postadress <b>Jägargatan 4 lgh 1004, 813 31 Hofors</b>	Samordningsnummer <b>FALU TINGSRÄTT</b>
Kommun <b>Hofors</b>	Ink 2014 -10- 16 Akt B 2987, 14 Aktbil..... 41
Identiteten kontrollerad genom <b>Medföljande transportpersonal</b>	Häktad Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Brott (enligt uppgift från uppdragsgivaren) <b>Våldtäkt mot barn</b>	

**Bedömning**

Allvarlig psykisk störning vid gärningen	förelåg <input type="checkbox"/> kan misstänkas <input type="checkbox"/> förelåg inte <input checked="" type="checkbox"/>
Allvarlig psykisk störning vid undersökningen	föreligger <input type="checkbox"/> kan misstänkas <input type="checkbox"/> föreligger inte <input checked="" type="checkbox"/>
Skäl för rättspsykiatrisk undersökning för ställningstagande till frågan om fängelseförbud	föreligger <input type="checkbox"/> föreligger inte <input checked="" type="checkbox"/>
Skäl för rättspsykiatrisk undersökning för ställningstagande till frågan om rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap 3 § BrB	föreligger <input type="checkbox"/> föreligger inte <input checked="" type="checkbox"/>
Förutsättningar för rättspsykiatrisk vård (endast intyg som avser § 7-vård)	föreligger <input type="checkbox"/> föreligger inte <input type="checkbox"/>

**Förordnad/ansvarig läkare**

Underskrift 	Telefon 08-607 15 00
Namnförtydligande <b>Hanna-Liisa Karlsson</b>	Titel/tjänst <b>Chefsöverläkare, specialist i psykiatri och rättspsykiatri</b>

**Deltagande undersökare**

Namn	Titel/tjänst
------	--------------

**Intyget lämnas i tre kopior till domstolen och originalet till undersökningsenheten.**