



Handläggare Per Nylén
Direkttelefon +46705344977
Epost per.nylen@trollhattan.se
Datum 2025-06-12
Diarienummer KS 2025/705

Checklista för hot via telefonsamtal

Samtalet togs emot

Datum	Tid	Telefonnummer (även riktnummer och landskod)

Anteckna noga det som sägs under samtalet, vilket typ av hot, vem riktar det sig till och när det ska verkställas. Tänk på att lyssna noggrant, avbryt inte personen och var lugn och vänlig.

Försök att ställa följande frågor:

<input type="checkbox"/> När ska hotet genomföras?
<input type="checkbox"/> Mot vem eller vad riktas hotet?
<input type="checkbox"/> Var ska hotet genomföras?
<input type="checkbox"/> Vilken typ av hot?
<input type="checkbox"/> Varför?
<input type="checkbox"/> Vad heter ni eller vad representerar ni?

Övriga observationer värda att notera:

Ange andra observationer eller uppgifter som framkom under samtalet



Ta hjälp av nedan tabeller direkt efter samtalet för att dokumentera uppgifter om samtalet medan det är färskt i minnet.

Kön och ålder

Man <input type="checkbox"/>	Kvinna <input type="checkbox"/>	Pojke <input type="checkbox"/>	Flicka <input type="checkbox"/>
---------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Röst	Tal	Dialekt	Attityd
<input type="checkbox"/> Högljudd	<input type="checkbox"/> Snabbt	<input type="checkbox"/> Lokal dialekt	<input type="checkbox"/> Lugn
<input type="checkbox"/> Mörk röst	<input type="checkbox"/> Distinkt	<input type="checkbox"/> Annan dialekt	<input type="checkbox"/> Upphetsad
<input type="checkbox"/> Ljus röst	<input type="checkbox"/> Stammande	<input type="checkbox"/> Utländsk brytning	<input type="checkbox"/> Alkoholpåverkad
<input type="checkbox"/> Tystlåten eller svag	<input type="checkbox"/> Långsamt	<input type="checkbox"/> Annan	
<input type="checkbox"/> Mjuk eller behaglig	<input type="checkbox"/> Förvrängd		
<input type="checkbox"/> Sluddrig	<input type="checkbox"/> Läspande		
	<input type="checkbox"/> Välvårdad		
	<input type="checkbox"/> Svordomar		

Bakgrundsljud

<input type="checkbox"/> Musik	<input type="checkbox"/> Gatutrafik	<input type="checkbox"/> Flygplan	<input type="checkbox"/> Maskiner	<input type="checkbox"/> Tåg	<input type="checkbox"/> Röster	<input type="checkbox"/> Radio/TV
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Dina uppgifter

Namn	Epost
Datum	Telefonnummer