

Beslissing en mededeling tot verlenen onvoorziene verplichte zorg (art 8:12 lid 2 en art. 8:13 lid 1, 2 en 3, Wvvgz)

Aan:

Naam (betrokkene): *[Naam]*

Adres (betrokkene): *[Adres/afdeling]*

Geboortedatum (betrokkene): *[Geboortedatum]*

Datum: *[Datum]*

Betreft: Informatie over de beslissing tot het verlenen van tijdelijke verplichte zorg

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene]*,

Met deze brief laat ik u weten dat uw zorgverantwoordelijke *[Naam zorgverantwoordelijke]* heeft besloten om tijdelijk verplichte zorg bij u te verlenen, die niet is voorzien in de voor u lopende *[crismaatregel / machtiging voortzetting crisismaatregel / zorgmachtiging]*

Datum en tijdstip aanvang toepassing: *[Datum en Tijdstip]*

De verplichte zorg is of was noodzakelijk ter afwending van een noodsituatie, gelet op:

ernstig nadeel

de veiligheid binnen de accommodatie of andere locatie waar de zorg of verplichte zorg wordt verleend

de bescherming van rechten en vrijheden van anderen

de voorkoming van strafbare feiten

Toelichting: *[Toelichting, concrete beschrijving van noodsituatie, mate van verzet e.d.]*

De volgende verplichte zorg is of wordt geboden:

	Soort	Verwachte maximale duur	Motivering (<i>toelichting op proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid</i>)
	Toediening van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen		
	Beperken bewegingsvrijheid		
	Insluiten		
	Uitoefenen toezicht op betrokkene		
	Onderzoek aan kleding en/of lichaam		
	Onderzoek woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen		
	Controle op aanwezigheid gedragsbeïnvloedende middelen		
	Aanbrengen beperkingen in vrijheid eigen leven in te richten die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten,		

	waaronder het gebruik van communicatiemiddelen		
	Beperken recht op ontvangen bezoek (enkel indien klinisch)		
	Opnemen in accommodatie		

De verplichte zorg wordt alleen gegeven omdat het niet anders kan.

De geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke beoordelen [Dagelijks/Datum] de proportionaliteit, de subsidiariteit, de effectiviteit en de veiligheid van de middelen & maatregelen.

Bovendien laat ik u bij deze weten dat:

- u tegen deze beslissing een klacht kunt indienen bij de Klachtencommissie.
Adres/contactgegevens Klachtencommissie: *[Adres/contact]*
Informatie over de klachtregeling vindt u hier: *[Verwijzing]*,
- u zich altijd voor advies en bijstand kunt laten bijstaan door een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). De pvp is te bereiken via de helpdesk op 0900 – 444 8888, helpdesk@pvp.nl of via de chat op www.pvp.nl,
- familieleden en naasten altijd voor advies en bijstand contact kunnen opnemen met de onafhankelijke familievertrouwenspersoon. T:0900-3332222 of www.lsfvp.nl of familieindeggz@lsfvp.nl.

Ik stuur een kopie van deze brief aan uw advocaat en vertegenwoordiger, als u die heeft.

Ondertekening geneesheer-directeur	Ondertekening zorgverantwoordelijke
Naam: <i>[Naam geneesheer-directeur]</i>	Naam: <i>[Naam zorgverantwoordelijke]</i>
Plaats, datum <i>[Plaats en datum]</i>	Plaats, datum <i>[Plaats en datum]</i>