

Beslissing en mededeling verplichte zorg (art. 9:6 lid 1, 2 en 7 Wvggz)

Aan:

Naam (betrokkene): *[Naam]*

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

Geboortedatum (betrokkene): *[Geboortedatum]*

Datum: *[Datum]*

Betreft: informatie over het inzetten van verplichte behandeling (art. 9.6 Wvggz)

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene]*,

U bent opgenomen in de kliniek ter behandeling van *[Toelichting]*

Het zorgplan vermeldt waaruit de behandeling bestaat. U stemt niet in met dit zorgplan.

Uw zorgverantwoordelijke *[Naam zorgverantwoordelijke]* heeft u op *[Datum]* onderzocht *[en de mogelijkheden met u overlegd/Door de omstandigheden is het niet gelukt om u te spreken]*.

Omdat uw zorgverantwoordelijke zelf geen psychiater is, heeft hij tevens met mij overlegd

Met deze brief laat ik u weten dat uw zorgverantwoordelijke heeft besloten om verplichte zorg aan u te gaan verlenen op grond van hoofdstuk 9 Wvggz.

Als de behandeling niet wordt uitgevoerd blijft er ernstig nadeel bestaan, te weten

Zonder deze behandeling is het aannemelijk dat het ernstig nadeel dat de psychische stoornis doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen.

De duur van de verplichte behandeling geldt voor de termijn van *[Termijn, max drie maanden]*, dit betekent dat deze beslissing geldig is tot *[Datum]*

Deze behandeling is volstrekt noodzakelijk om het ernstig nadeel dat de psychische stoornis binnen een accommodatie doet veroorzaken, af te wenden.

Motivering: *[Motivering geven bij het doel dat is aangekruist. Gebruik zo concreet mogelijke beschrijvingen]*

De verplichte zorg zal ingaan op *[datum geplande start verplichte zorg]* en bestaan uit:

	Soort	Verwachte maximale duur	Motivering (toelichting op proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid)
	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)		

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>