

GEGEVENS BETROKKENE (=CLIËNT/PATIËNT)

Naam:

Geboortedatum:

Afdeling:

Naam PVP:

GEGEVENS KLAGER (BETROKKENE OF DEGENE DIE NAMENS BETROKKENE KLAAGT)

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

- Is er sprake van \*:
- vrijwillige opname
  - zorgmachtiging
  - crisismaatregel
  - machtiging tot voortzetting crisismaatregel
  - beslissing tot tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel
  - verblijf op basis van een forensische titel in een accommodatie \*\*
  - iets anders, nl.

Gronden waarop klacht betrekking heeft in de WvGGZ wetgeving:

- 7:3 verlenen van tijdelijke verplichte zorg voorafgaan aan een crisismaatregel
- 8:7 verlenen van verplichte zorg
- 8:9 uitvoering van de crisismaatregel of van de zorgmachtiging
- 8:11 verlenen tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties
- 8:12 uitvoeren tijdelijke verplichte zorg

Achtergrond klachtgrond:

Klachtgronden bij een strafrechtelijke plaatsing

- 9:6 verlenen van verplichte behandeling (dwanbehandeling)
- 9:8 toepassing middelen of maatregelen
- 9:9 beperking rechten (bezoek, bewegingsvrijheid, vrij gebruik van communicatiemiddelen)

Korte omschrijving van de klacht(en):

Op welke medewerker(s) of afdeling heeft/hebben de klacht(en) betrekking?

Wat wilt u naar aanleiding van de klacht(en)? \*

- niets, alleen melden
- een gesprek met de medewerker(s), manager afdeling of klachtenfunctionaris
- een hoorzitting
- een beslissing

Waarom ben u het niet eens met de beslissing(en) en/of gedraging(en)?

Wat kan volgens u gedaan worden om de klacht(en) te verhelpen?

Voor een zorgvuldige afhandeling van de klacht(en) kan het nodig zijn dat de Klachtencommissie WvGGZ gegevens over uw behandeling inziet met betrekking tot uw klacht(en) en een kopie van deze gegevens opvraagt. Indien u hiermee instemt wordt u verzocht bijgaande toestemmingsverklaring in te vullen en te ondertekenen.

Datum:

Handtekening betrokkene:

\* aankruisen wat van toepassing is / \*\* Forensisch(e) Psychiatrisch(e) afdeling/kliniek/centrum

## Toestemmingsverklaring

voor het beschikbaar stellen van gegevens uit het dossier van betrokkene (=cliënt/patiënt) aan de klachtencommissie WvGGZ ten behoeve van de behandeling van een klacht.

<b>GEGEVENS BETROKKENE (=CLIËNT/PATIËNT)</b> Bij deze verklaart ondergetekende: Geboortedatum: Afdeling:
Toestemming te verlenen aan de zorgverantwoordelijke (of diens waarnemer) die betrokken is bij zijn/haar behandeling Naam: Werkzaam op afdeling:  Voor het verstrekken van (medische) gegevens uit het elektronisch patiëntendossier van ondergetekende aan de klachtencommissie WvGGZ In verband met de door zijn/haar ingediende klacht(en) d.d.  Voor zover relevant, ten behoeve van de behandeling van deze klacht(en) door de regionale klachtencommissie Over de periode: Datum ondertekening: Handtekening betrokkene  <i>Indien ondergetekende jonger is dan 12 jaar tekent de wettelijke vertegenwoordiger</i> <i>Indien ondergetekende tussen 12 en 16 jaar is tekenen betrokkene en diens wettelijk vertegenwoordiger</i>  Handtekening wettelijke vertegenwoordiger

**De toestemming kan elk moment door ondergetekende worden ingetrokken.**

*De intrekking dient schriftelijk kenbaar te worden gemaakt bij de zorgverantwoordelijke of het betrokken secretariaat.*

Formulier na invullen / ondertekenen inscannen en mailen naar [klachtencommissie@ggze.nl](mailto:klachtencommissie@ggze.nl) of opsturen naar Klachtencommissie, Dr. Poletlaan 39, Postvak DP 3923, 5626 NC Eindhoven.