**Product: Melding tekortkomingen (verplichte) zorg (art. 11:1 derde lid onder a, art. 12:1 tweede lid onder a,) of het onvoldoende, niet of niet tijdig reageren op de klachten van de patiëntenvertrouwenspersoon of de familievertrouwenspersoon over de uitvoering van de verplichte zorg (art. 13:2 tweede lid)**

Met dit formulier doet u melding dat er sprake is van tekortkomingen in de structuur en uitvoering van de zorg en de uitvoering van hoofdstuk 9, paragraaf 1, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van betrokkene, of het onvoldoende, niet of niet tijdig reageren op de klachten van de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) of de familievertrouwenspersoon (fvp) over de uitvoering van de verplichte zorg door de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke.

*Verplichte velden zijn gemarkeerd met een \**

**Gegevens melder**

1. Uw contactgegevens:

Functie\*

* Pvp
* Fvp

Aanhef \*:

* De heer
* Mevrouw
* De heer / Mevrouw

Voorletter(s) \*:

Tussenvoegsel:

Achternaam \*:

Straat \*:

Huisnummer \*:

Toevoeging(en):

Postcode \*:

Plaats \*:

Telefoonnummer \*:

E-mailadres \*:

1. **Gegevens over de zorgaanbieder** waar uw melding over gaat:
*(indien uw melding op meerdere vestigingen betrekking heeft, of niet op een specifieke locatie: vul dan de hoofdvestiging van de zorgaanbieder in)*

Vestigingsnummer:

Naam (hoofd)vestiging \*:

Straat \*:

Huisnummer \*:

Toevoeging(en):

Postcode \*:

Plaats \*:

Telefoonnummer:

E-mailadres raad van bestuur:

**Gegevens over de melding**

1. Gaat uw melding over een specifieke situatie met betrekking tot een individuele cliënt? \*
* Ja, de melding gaat over de uitvoering van de verplichte zorg aan een individuele cliënt, en de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke reageert onvoldoende, niet of niet tijdig op de klachten (art. 13:2 lid 2).
*🡺 ga door naar vraag 4*
* Nee, de melding gaat over de structuur of uitvoering van de (verplichte) zorg aan meerdere cliënten of cliënten in het algemeen (artikel 11 lid 3 onder a, of 12 tweede lid onder a).
*🡺 ga door naar vraag 12*

**Gegevens cliënt**

1. Kunt u de gegevens van de cliënt invullen? \*
* Ja 🡺 *ga door naar vraag 5*
* Nee 🡺 *ga door naar vraag 6*
1. Vul hieronder de gegevens van de betrokken cliënt in

Aanhef \*:

* De heer
* Mevrouw
* De heer / Mevrouw

Voorletter(s) \*:

Tussenvoegsel:

Achternaam \*:

Geboortedatum\*:

1. Verbleef/verblijft de cliënt ten tijde van de situatie waar u over meldt op een locatie? \*
* Ja 🡺 ga door naar vraag 7
* Nee 🡺 ga door naar vraag 8
1. Op welke locatie verblijft/verbleef de cliënt ten tijde van de situatie waar u over meldt? \*

Vestigingsnummer:

Naam vestiging \*:

Straat \*:

Huisnummer \*:

Toevoeging(en):

Postcode \*:

Plaats \*:

1. Ten tijde van de situatie waar u over meldt verblijft/verbleef de cliënt \*:
* Thuis
* Ergens anders, namelijk:
1. Op basis van welke grondslag(en) ontvangt/ontving de cliënt verplichte zorg? \*

*(meer dan 1 antwoord mogelijk)*

☐ Zorgmachtiging

☐ Zorgmachtiging n.a.v. een zelfbindingsverklaring

☐ Crisismaatregel

☐ Machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel

☐ Beslissing tot tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel als bedoeld in artikel 7:3 Wvggz

☐ Beslissing tot tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie als bedoeld in de artikelen 8:11 en 8:12.

☐ Hoofdstuk 9 Wvggz is/was van toepassing (strafrechtelijke titel)

☐ Anders, namelijk:

☐ Onbekend

1. Op welk soort verplichte zorg (art. 3:2,tweede lid Wvggz), heeft uw melding betrekking? \*
*(meer dan 1 antwoord mogelijk)*

☐ De melding heeft betrekking op het ten onrechte niet verlenen van verplichte zorg

☐ Toedienen van vocht, voeding en medicatie

☐ Het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening

☐ Beperken van de bewegingsvrijheid

☐ Insluiten

☐ Uitoefenen van toezicht op betrokkene

☐ Onderzoek aan kleding of lichaam

☐ Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen

☐ Controleren op de aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen

☐ Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen

☐ Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek

☐ Opnemen in een accommodatie

☐ Ontnemen van de vrijheid van betrokkene door hem over te brengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf als bedoeld in artikel 7:3, derde lid Wvggz (voorafgaand aan een crisismaatregel)

☐ Anders, namelijk:

1. Is de cliënt op de hoogte van uw melding bij de inspectie? \*
* Ja
* Nee

*🡺 ga door naar vraag 13*

1. Vul, indien van toepassing, hier de gegevens van de locatie(s) in waar de tekortschietende verplichte zorg betrekking op heeft:

Overslaan

Vestigingsnummer:

Naam vestiging \*:

Straat \*

Huisnummer \*:

Toevoeging(en):

Postcode \*:

Plaats \*:

Nog een vestiging opgeven

**Vul hieronder alle relevante gegevens voor de melding in.**

1. Op welke datum/periode heeft uw melding over tekortschietende verplichte zorg betrekking? \*
* Datum (dd-mm-jjjj)\*:
* Periode van (dd-mm-jjjj)\*: t/m (dd-mm-jjjj) (*leeg is tot heden)*:
* Onbekend
1. Beschrijf hier waar het tekortschieten / de tekortkoming uit bestaat \*

*(let op dat u hier geen persoonsgegevens van betrokkenen vermeldt)*

1. Geef hier de conclusie weer van het onderzoek

dat geleid heeft tot uw constatering \*

1. Heeft u uw signaal / klacht voorgelegd aan zorgverantwoordelijke, geneesheer-directeur of de raad van bestuur van de betrokken zorgaanbieder? \*
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Ja, aan de zorgverlener

☐ Ja, aan de geneesheer-directeur

☐ Ja, aan de raad van bestuur van de zorgaanbieder.
*🡺 ga door naar vraag 17*

☐ Nee.
*🡺 ga door naar vraag 19*

*Als optie 1 en/of 2 is aangevinkt: 🡺 ga door naar vraag 18*

1. Op welke datum heeft u uw signaal / klacht *voor het eerst* kenbaar gemaakt aan de raad van bestuur van de betrokken zorgaanbieder? \*

Datum (dd-mm-jjjj) \*:

1. Wat was de reactie van de zorgverantwoordelijke, geneesheer-directeur of de raad van bestuur, en indien, van toepassing: welke acties zijn/worden ondernomen om de tekortkoming(en) te herstellen? \*

*🡺 ga door naar vraag 20*

1. Waarom heeft u uw signaal / klacht niet voorgelegd aan zorgverantwoordelijke, geneesheer-directeur of de raad van bestuur van de betrokken zorgaanbieder? \*

1. Voeg eventuele bijlagen toe

Upload

 VERZEND