Versie beheer Informatieproduct

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam informatieproduct** | **4 2 lid 1 Zelfbindingsverklaring** |  |
| Artikel(en) | Wvggz, 4:1 |  |
| Auteur(s) | Arnout Pullen |  |
| Contactgegevens auteur | KCT |  |
| Datum | 01-11-2021 |  |
| Versienummer | V100 (B1 vertaling)  Laatst vastgestelde versie V99 |  |
| Voorheen penvoerder | NVvP |  |
| Wijzigingen t.o.v. vorige versie | Vertaald naar B1-taalniveau |  |
| **Issues/Opmerkingen** | **Onderwerp** | **Gereed** |
|  | Wijzigingen t.o.v. vorige versie   * Opgesteld door de betrokkene samen met de zorgverantwoordelijke en (indien van toepassing) de vertegenwoordiger * Volgorde vragen is aangepast * Kleine tekstuele aanpassingen * Hulpzin in kader toegevoegd * In de vragen 5, 6 en 8 wordt verwezen naar de situatie/omstandigheden zoals die zijn beschreven bij vraag 7. Dit moet duidelijker worden gemaakt in de vragen 5, 6 en 8. Voorbeeld: “Afgesproken handelingen met deze familie/naasten als de onder punt 7 beschreven omstandigheden zich voordoen”. |  |
| **Afgestemd met** |  | **Datum** |
| Themagroep vereenvoudiging proces en informatieproducten | Bestaande uit praktijkdeskundigen, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordigers van dNGGZ, NVvP, V&VN, MIND, Stichting PVP, OM, Landelijke stichting FVP en de Politie | Juli -oktober 2021 |
|  |  |  |
| **Behandeld in** |  | **Datum** |
| Stuurgroep OU | Inhoudelijk vastgesteld |  |
| KUO | B1-versie vastgesteld |  |

4 2 lid 1 Zelfbindingsverklaring

Zelfbindingsverklaring

Opgesteld door de betrokkene samen met de zorgverantwoordelijke en (indien van toepassing) met de vertegenwoordiger

Heeft u vragen over de zelfbindingsverklaring, neem dan contact op met uw advocaat of met de patiënten-vertrouwenspersoon (pvp). Zij zijn er voor u, kennen uw rechten en kunnen u bijstaan. De pvp komt kosteloos voor u op. U kunt de pvp bereiken via telefoonnummer 0900-444 8888 of via [www.pvp.nl](http://www.pvp.nl).

Uw familieleden en naasten kunnen met vragen terecht bij een onafhankelijke familie-vertrouwenspersoon. Zij zijn bereikbaar via telefoonnummer 0900-3332222 of via [www.familievertrouwenspersonen.nl](http://www.familievertrouwenspersonen.nl).

**1. Uw gegevens**

Naam: …….…….

Geboortedatum: …….…….

**2. Gegevens vertegenwoordiger** (als de betrokkene de leeftijd van 12 t/m 15 jaar heeft bij het opstellen van deze verklaring, is een vertegenwoordiger noodzakelijk)

Naam vertegenwoordiger: …….……...

Relatie: …….……..

Adres: …….……..

Postcode/woonplaats: …….……..

Telefoonnummer: …….…….

Email (evt.): …….…….

**3. Gegevens zorgverantwoordelijke**

Naam: …….…….

Werkadres: …….…….

Telefoonnummer: …….…….

Email (evt.): …….…….

**4. Bijstand door familie, andere naasten of de Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP)**

Heeft de zorgverantwoordelijke u op de hoogte gesteld van de mogelijkheid om u bij te laten staan door familie, andere naaste(n) of de PVP? (Aankruisen wat van toepassing is)

Ja, …….……..

Nee …….……..

**5. Contactpersoon** (dit is de eerste persoon met wie de zorgverantwoordelijke contact opneemt wanneer de omstandigheden zoals beschreven onder punt 7 zich voordoen)

Naam contactpersoon: ……..…….

Relatie: ……..…….

Adres: ……..…….

Postcode/woonplaats: ……..…….

Telefoonnummer: ……..…….

Email (evt.): ……..…….

**6. Overige familie/naasten** (met wie contact moet worden opgenomen als de onder punt 7 beschreven omstandigheden zich voordoen")

Naam: ……..…….

Relatie: ……..…….

Adres: ……..…….

Postcode/woonplaats: ……..…….

Telefoonnummer: ……..…….

Email (evt.): ……..…….

Afgesproken handelingen met deze familie/naasten als de onder punt 7 beschreven omstandigheden zich voordoen: ……..…….

Naam: ……..…….

Relatie: ……..…….

Adres: ……..…….

Postcode/woonplaats: ……..…….

Telefoonnummer: ……..…….

Email (evt.): ……..…….

Afgesproken handelingen met deze familie/naasten als de onder punt 7 beschreven omstandigheden zich voordoen: ……..…….

**7. Omstandigheden waaronder u wilt dat verplichte zorg aan u wordt verleend**

Het doel van de verplichte zorg is om ernstig nadeel voor uzelf of een ander te voorkomen.

Beschrijf duidelijk welke omstandigheden noodzaken tot het verlenen van de (verplichte) zorg. Maak daarbij duidelijk welk ernstig nadeel onder die omstandigheden dreigt.

…….………..

Hierbij kunt u ook aangeven onder welke omstandigheden naar uw oordeel nog niet tot verplichte zorg kan worden overgegaan.

…….………..

**8. Zorg en verplichte zorg die aan u kan worden verleend**

Welke vormen van verplichte zorg mogen worden verleend als de omstandigheden zich voordoen die u heeft beschreven onder punt 7.

…………………..

**9. Maximale duur verplichte zorg**

Duur: ………..…….

**10. Omstandigheden waaronder de verplichte zorg wordt beëindigd**

Beschrijf hier de omstandigheden waaronder de verplichte zorg weer kan worden beëindigd.

………………

**11. Geldigheidsduur van deze zelfbindingsverklaring**

Als deze zelfbindingsverklaring niet tussentijds wordt gewijzigd of ingetrokken, is de verklaring op

………..…… *[datum invullen]* in ieder geval niet meer geldig.

**12. Ondertekening**

Betrokkene Zorgverantwoordelijke Geneesheer-directeur

Datum: ……………. ……….……. ……….…….

Plaats: ……………. ……….……. ……….…….

Handtekening: ……………. ……….……. ……….…….

Eventueel: ondertekening vertegenwoordiger: Datum: ……….…….

Plaats: ………..…….

Handtekening: ……….…….

Bijlagen:

Zorgplan d.d.

Verklaring van de wilsbekwaamheid.

Origineel naar Betrokkene

Gewaarmerkt afschrift naar: Vertegenwoordiger

Gezinsvoogdijwerker

Zorgaanbieder

Officier van Justitie