Versie beheer Informatieproduct

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam informatieproduct** | **8 16 lid 2-5 Beslissing tot overplaatsing** |  |
| Artikel(en) | Wvggz, 8:16 lid 2 t/m 5 |  |
| Auteur(s) | Kees de Leeuw en Arnout Pullen |  |
| Contactgegevens auteur | KCT |  |
| Datum | 02-11-2021 |  |
| Versienummer | 04 |  |
| Voorheen penvoerder | NVvP |  |
| Wijzigingen t.o.v. vorige versie | Wijzigingen t.o.v. laatst gepubliceerde versie v03:   1. Inhoud vertaald naar B1-Nederlands 2. Vervangen “in het kader van“ |  |
| **Issues** | **Onderwerp** | **Gereed** |
|  |  |  |
| **Afgestemd met** |  | **Datum** |
| Voorheen penvoerder | NVvP | 16-03-2021 |
| Themagroep B1-taalniveau | Bestaande uit praktijkdeskundigen, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordigers van PVP, MIND, dNggz, NVvP en de V&VN | Maart mei 2021 |
| **Behandeld in** |  |  |
| Ketenuitvoeringsoverleg | Vaststelling B1-vertaling | 03-06-2021 |

**8 16 lid 2-5 Informatie beslissing toewijzen zorg aan andere zorgaanbieder, GD of zorgverantwoordelijke**

Aan:

Naam: *[Naam betrokkene]*

Geboortedatum: *[Geboortedatum betrokkene]*

Woonadres: *[Adres]*

Verblijfsadres (indien afwijkend van woonadres): *[Adres]*

Instelling (indien van toepassing): *[Naam, locatie, afdeling]*

Datum: *[Datum]*

Betreft: Informatie over beslissing andere zorgaanbieder, geneesheer-directeur of zorgverantwoordelijke.

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene]*,

Op dit moment ontvangt u verplichte zorg vanwege een

**{Aankruisen wat van toepassing is en alleen weergeven wat is aangekruist}**

[ ] crisismaatregel

[ ] machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel

[ ] zorgmachtiging

**{Alleen indien van toepassing}** Ik heb een verzoek ontvangen om de verplichte zorg die u krijgt, over te dragen. Dit is mij verzocht door:

**{Aankruisen wat van toepassing is}**

[ ] uzelf

[ ] uw vertegenwoordiger *[naam vertegenwoordiger]*

[ ] uw huidige zorgverantwoordelijke: *[naam zorgverantwoordelijke]*

Ik heb *[wel / niet]* besloten de verplichte zorg die u krijgt over te dragen aan een andere:

**{Aankruisen wat van toepassing is}**

[ ] zorgaanbieder *[naam zorgaanbieder, locatie en adres invullen]*

[ ] geneesheer-directeur, namelijk *[naam geneesheer-directeur],*

[ ] zorgverantwoordelijke, namelijk *[naam zorgverantwoordelijke]*

Motivering: *[Motivering geven; voor de transparantie aangeven of de beslissing volgt op een aanvraag dan wel ambtshalve]*

Wat verder nog belangrijk is om te weten:

* Bent u het niet eens met deze beslissing? Dan kunt u een klacht indienen bij de Klachtencommissie. Adres/contactgegevens Klachtencommissie: *[Adres/contact]* Informatie over de klachtregeling vindt u hier: *[Verwijzing]*,
* Heeft u vragen over dit bericht, neem dan contact op met uw advocaat of met de patiëntenvertrouwenspersoon (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.
* Uw familieleden en naasten kunnen met vragen terecht bij een onafhankelijke familievertrouwenspersoon via telefoonnummer 0900 – 333 2222 of via [www.lsfvp.nl](http://www.lsfvp.nl).

Ik stuur een kopie van deze brief naar:

* de officier van justitie
* de betrokken zorgaanbieder
* de zorgverantwoordelijke
* uw advocaat
* **{alleen in geval van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging}** de rechtbank
* **{alleen in geval van een crisismaatregel}** de burgemeester
* de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
* uw vertegenwoordiger, als u die heeft

|  |
| --- |
| Opgesteld door geneesheer-directeur |
| Naam: *[Naam, geneesheer-directeur]*  Plaats, datum: *[Plaats en datum]*  Contact*: [Contactgegevens geneesheer-directeur of verwijzen naar briefhoofd]* |