Versie beheer Informatieproduct

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam informatieproduct** | **8 17 lid 1 en 5 -8 Beslissing tijdelijke onderbreking verplichte zorg** |  |
| Artikel(en) | Wvggz, 8:17 lid 1 en 5 t/m 8 |  |
| Auteur(s) | Arnout Pullen |  |
| Contactgegevens auteur | KCT |  |
| Datum | 14-10-2021 |  |
| Versienummer | 7 |  |
| Voorheen penvoerder | NVvP |  |
| Wijzigingen t.o.v. vorige versie | Wijzigingen t.o.v. laatst gepubliceerde versie v05:  1) Naam gewijzigd, was: "8 17 lid 1 en 5-8 Beslissing t.a.v. onderbreking verplichte zorg"  2) Inhoud vertaald naar B1-Nederlands  3) Verwijzing naar crisismaatregel als juridische titel is verwijderd  4) Mededeling dat voorafgaande aanvraag is bijgevoegd, is verwijderd  5) Tekstuele aanpassing: relevante familie en naasten toegevoegd aan het lijstje met mogelijke ontvangers van een kopie.  6) “In het kader van” vervangen door “vanwege”. |  |
| **Issues** | **Onderwerp** | **Gereed** |
|  |  |  |
| **Afgestemd met** |  | **Datum** |
| Voorheen penvoerder | NVvP | 02-08-2021 |
|  |  |  |
| **Behandeld in** |  |  |
| Ketenuitvoeringsoverleg | Advies aan Stuurgroep OU d.d. 14 sept 2021 | 26-08-2021 |
| Stuurgroep Optimalisatie Uitvoering | Vaststelling | 14-09-2021 |

**8 17 lid 1 en 5 -8 Beslissing tijdelijke onderbreking verplichte zorg**

Aan:

Naam: *[Naam betrokkene]*

Woonadres: *[Adres]*

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

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

Betreft: Beslissing over de tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg vanwege de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel/zorgmachtiging *[weergeven wat van toepassing is]*

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene]*,

Op dit moment ontvangt u verplichte zorg vanwege een:

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

[ ] Machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel.

[ ] Zorgmachtiging.

**{Alleen indien van toepassing:}**

Aan mij is gevraagd om de verplichte zorg op basis van de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel/zorgmachtiging *[weergeven wat van toepassing is]* tijdelijk te onderbreken. Dit is mij gevraagd door:

[ ] uzelf

[ ] uw vertegenwoordiger, *[Naam vertegenwoordiger]*

[ ] uw advocaat, *[Naam advocaat]*

[ ] uw zorgverantwoordelijke, *[Naam zorgverantwoordelijke]*

Ik heb besloten tot het *[WEL/NIET]* verlenen van een tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg.

**{Alleen indien van toepassing:}**

[ ] de tijdelijke onderbreking start op *[Datum aanvang]*

[ ] de tijdelijke onderbreking eindigt op *[Datum einde]*

Ik heb dit besloten omdat: [Toelichting]

**{Alleen indien van toepassing:}**

Aan mijn besluit zijn de volgende voorwaarden of beperkingen verbonden:

1. *[Voorwaarde/Beperking]*

2. *[Voorwaarde/Beperking]*

3. *[Voorwaarde/Beperking]*

U heeft aangegeven dat u zich aan de voorwaarden of beperkingen zal houden. Ik kan het besluit tot onderbreken van de verplichte zorg terugdraaien. Dit kan ik doen als u zich niet aan de voorwaarden of beperkingen houdt, of als ik hiertoe een onderbouwd schriftelijk verzoek krijg.

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](http://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:

* uw vertegenwoordiger, als u die heeft
* de officier van justitie
* uw advocaat
* **{als er sprake is van een zorgmachtiging en indien dit noodzakelijk is omdat essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk verkeer ontbreken}** het college van burgemeester en wethouders
* de zorgverantwoordelijke
* uw relevante familieleden en naasten. Zij ontvangen alleen een kopie als de geneesheer-directeur dit nodig acht.

**{Alleen indien van toepassing:}**

Bijlage: Beoordeling van de Minister van Justitie en Veiligheid, indien van toepassing (zie artikel 8:17 lid 2, verzoek door GD aan Minister van J&V)

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