

Wet verplichte GGZ

Product 3: Zelfbindingsverklaring (art. 4:1 Wvvggz)

Zelfbindingsverklaring, opgesteld door de betrokkene, zorgverantwoordelijke en (indien van toepassing) vertegenwoordiger.

Dit product is geen voorschrift en geeft invulling aan de operationele afspraken tussen ketenpartners voor gebruik onder de Wvvggz. Deze versie is gebaseerd op de informatieproducten die zijn vastgesteld als uitgangspunt voor informatie-uitwisseling tussen ketenpartners. Hieraan kunnen geen rechten worden ontleend. Vragen over dit document kunnen worden gemaild naar ketenbureauwvggz@minvws.nl.

Persoonlijke gegevens

1. Uw gegevens

Naam:

Geboortedatum:

2. Gegevens vertegenwoordiger (noodzakelijk wanneer betrokken cliënt de leeftijd van 12 t/m 15 jaar heeft ten tijde van het opstellen van deze verklaring)

Naam vertegenwoordiger:

Relatie:

Adres:

Postcode/woonplaats:

Telefoonnummer:

Email (evt.):

3. Gegevens zorgverantwoordelijke

Naam:

Werkadres:

Telefoonnummer:

Email (evt.):

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

4. 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

Omstandigheden waaronder ik wil dat verplichte zorg aan mij wordt verleend

5. 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.

FORMULIER GAAT VERDER OP DE VOLGENDE PAGINA

Wet verplichte GGZ

Product 3: Zelfbindingsverklaring (art. 4:1 Wvvggz)

Omstandigheden waaronder ik wil dat verplichte zorg aan mij wordt verleend (vervolg)

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

Contactpersoon

6. Contactpersoon (dit is de eerste persoon die door de zorgverantwoordelijke gecontacteerd wordt wanneer de omstandigheden zoals hierboven beschreven zich voordoen)

Naam contactpersoon:

Relatie:

Adres:

Postcode/woonplaats:

Telefoonnummer:

Email (evt.):

Overige familie/naasten

7. Overige familie/naasten (met wie contact moet worden opgenomen als hierboven bedoelde omstandigheden zich voordoen)

Naam:

Relatie:

Adres:

Postcode/woonplaats:

Telefoonnummer:

Email (evt.):

Afgesproken handelingen met deze familie/naasten indien de omstandigheden als hierboven beschreven zich voordoen:

Naam:

Relatie:

Adres:

Postcode/woonplaats:

FORMULIER GAAT VERDER OP DE VOLGENDE PAGINA

Wet verplichte GGZ

Product 3: Zelfbindingsverklaring (art. 4:1 Wvvggz)

Overige familie/naasten (vervolg)

Telefoonnummer:

Email (evt.):

Afgesproken handelingen met deze familie/naasten indien de omstandigheden als hierboven beschreven zich voordoen:

Zorg en verplichte zorg die aan mij kunnen worden verleend

8. Beschrijf welke vormen van zorg (zowel zorg, als verplichte zorg) mogen worden verleend om de omstandigheden die noodzaken tot het verlenen van de (verplichte) zorg te voorkomen en uw geestelijke gezondheid te stabiliseren of te herstellen en het ernstig nadeel te voorkomen.

9. Maximale duur verplichte zorg

Duur:

Omstandigheden waaronder de verplichte zorg wordt beëindigd

10. Beschrijf hier de omstandigheden waaronder de verplichte zorg niet meer nodig is om de omstandigheden die noodzaken tot (verplichte) zorg ernstig nadeel te voorkomen. Geestelijke gezondheid is weer stabiel, of hersteld en het ernstig nadeel is afgewend indien:

Geldigheidsduur

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.

FORMULIER GAAT VERDER OP DE VOLGENDE PAGINA

Wet verplichte GGZ

Product 3: Zelfbindingsverklaring (art. 4:1 Wvvggz)

Ondertekening

Betrokkene

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Zorgverantwoordelijke

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Geneesheer-directeur

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Evt: 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

EINDE