

Klage til Det Psykiatriske Patientklagenævn

Patient

Navn	CPR-nummer
Adresse	Telefonnummer

Ønsker at klage over (sæt kryds) følgende tvangsindgreb på:

(Sygehus og afsnit)

- ☐ Tvangsindlæggelse den _____
- ☐ Tvangstilbageholdelse den _____
- ☐ Tilbageførsel den _____
- ☐ Tvangsbehandling med opsættende virkning
- ☐ Tvangsbehandling uden opsættende virkning
- ☐ Fortsat tvangsbehandling
- ☐ Fysisk magt den _____ kl. _____
- ☐ Beroligende medicin den _____ kl. _____
- ☐ Tvangsfiksering den _____ kl. _____ til den _____ kl. _____
- ☐ Personlig skærmning den _____
- ☐ Beskyttelsesfiksering den _____
- ☐ Aflåsning af døre i afdelingen den _____

Eventuelle bemærkninger:

Patientklagenævnet afholder virtuelle nævnsmøder, hvor patienten, patientrådgiver/bistandsværgе eller andre relevante involverede har mulighed for at deltage. Patientklagenævnet kan dog imødekomme et ønske om fysisk fremmøde på sygehuset, hvis patienten ønsker det. For hurtigere sagsbehandling kan patienten med fordel vælge et virtuelt nævnsmøde. Har klagen opsættende virkning, vil nævnsmødet blive afholdt virtuelt.

- ☐ Patienten ønsker virtuelt møde
- ☐ Patienten ønsker fysisk møde på sygehuset

Dato: _____

Patients underskrift: _____



Patientrådgiver

Navn	Dato for beskikkelse
Patienten samtykker til , at patientrådgiveren må få aktindsigt i denne klagesag ved Det Psykiatriske Patientklagenævn.	Mundtligt tilsagn om samtykke er givet til patientrådgiver.
_____ Patient – Dato og underskrift	_____ Patientrådgiver – Dato og underskrift

Kvittering for modtagelse på sygehuset:

Dato: _____ **Underskrift:** _____