Verfügung fürsorgerische behandlung OHNE ZUSTIMMUNG

einer Person mit psychischen Störungen durch den

Chefarzt der Abteilung oder dessen Stellvertreter

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

eingesehen

- die Artikel 432, 433, 434 und 439 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210);

- die Artikel 114 Absatz 1 Buchstabe b und 118e des Einführungsgesetzes zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch (EGZGB; 211.1);

erwägend

- dass die unten aufgeführte Person in folgender Einrichtung untergebracht ist:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

um aufgrund einer psychischen Störung behandelt zu werden (betroffene Person):

Name: ………………………………………………………………. Vorname: …………………………………..…………..…….……

Geburtsdatum: …………………………………….……………... Name des Vaters: …………………………………...…………

Zivilstand: ………………………………………………………….. Nationalität: ……………………………………………………….

Strasse, Nr., PLZ, Ort:……………………………………………………………………………………………………………..………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - dass der behandelnde Arzt zusammen mit der betroffenen Person einen schriftlichen Behandlungsplan   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | in Anwesenheit |  | oder in Abwesenheit |  | ihrer Vertrauensperson erstellt hat; | |

- dass der behandelnde Arzt die betroffene Person sowie gegebenenfalls die Vertrauensperson sachdienlich über alle Umstände informiert hat, die im Hinblick auf die in Aussicht genommenen medizinischen Massnahmen wesentlich sind;

- dass die betroffene Person dem Behandlungsplan nicht zugestimmt hat;

- dass der unterzeichnende Chefarzt oder dessen Stellvertreter die betroffene Person persönlich untersucht hat;

- dass er die betroffene Person persönlich und direkt über ihre Situation und die erwogene Massnahme angehört und danach die wesentlichen Aussagen schriftlich im Patientendossier festgehalten hat;

- dass diese in der Einrichtung durchgeführten Untersuchungen am …………………………… stattgefunden haben;

- dass nach Abschluss dieser Untersuchungen mit Vermerk im Patientendossier festgestellt wurde:

a/ dass die betroffene Person an einer psychischen Störung leidet, für welche ein Behandlungsplan erstellt worden ist;

b/ dass der Behandlungsplan für die Übernahme des vorliegenden Falles notwendig ist;

c/ dass die im Behandlungsplan vorgesehene medizinische Behandlung durchgeführt werden muss, weil die drei folgenden Bedingungen alle erfüllt sind, d.h.:

1° das Unterlassen der Behandlung bedeutet eine ernsthafte Gefährdung:

|  |  |
| --- | --- |
|  | der Gesundheit der betroffenen Person und/oder |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | des Lebens oder |  | der körperlichen Integrität Dritter; |

2° der betroffenen Person fehlt die erforderliche Urteilsfähigkeit um die Notwendigkeit der Behandlung einzusehen;

3° die die im Behandlungsplan vorgesehene medizinische Behandlung verhältnismässig zum Unterbringungsgrund und konform den neuesten medizinischen Erkenntnissen ist;

- …

v e r f ü g t :

1. Herr/Frau …………………………………………...…………………………, untergebracht in der Einrichtung aufgrund einer psychischen Störung, muss einer Behandlung ohne Zustimmung unterzogen werden.

2. Er/Sie muss die medizinische Behandlung erhalten, die Dr. ……………………………………………... in dem am ….……..………………..….erstellten Behandlungsplan vorgesehen hat.

3. Die Behandlung ohne Zustimmung muss abgebrochen werden, sobald eine der Bedingungen der Verfügung nicht mehr erfüllt ist.

4. Der am ….……..…………………………. erstellte Behandlungsplan muss der medizinischen Entwicklung und dem Zustand der betroffenen Person ständig angepasst werden.

5. Gegen die vorliegende Verfügung kann innert 10 Tagen seit ihrer Zustellung beim Zwangsmassnahmengericht (Rue Mathieu-Schiner 1, Postfach 2054, 1950 Sitten 2) Berufung eingelegt werden. Die Berufung hat keine aufschiebende Wirkung.

So verfügt in …………………………………………….. am …………………….……………………………

um der betroffenen Person zusammen mit einem Standardformular für eine Berufung persönlich eröffnet zu werden. Mitteilung erfolgt:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | an die Vertrauensperson |  | mit eingeschriebenem Brief oder |  | eigenhändig an | |
|  | Frau/Herrn……………………………………………………………………………………..……………….…...…………………………,  mit dem Hinweis auf die Berufungsmöglichkeiten mittels dem der Mitteilung beigelegten Standardformular. | | | | |

Der Chefarzt der Abteilung oder dessen Stellvertreter

Name : ……………………………………… Vorname : …………………………………… Unterschrift :..…………………………………

Stempel