



Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

Felter med * er obligatoriske.

1. Patientens kontaktinformation

Patientens navn *	CPR-nummer*
Adresse *	Telefonnummer, privat
Postnummer/by *	Telefonnummer, arbejde
E-mail-adresse	

2. Hvilken afgørelse fra et psykiatrisk patientklagenævn ønsker du at klage over? *

Vær venlig at vedlægge en kopi af afgørelsen.

Hvis du ikke kan vedlægge en kopi af afgørelsen, vil vi bede dig skrive, hvilket psykiatrisk patientklagenævn (hvilken region) der har truffet den afgørelse, du ønsker at klage over. Vi vil også bede dig om muligt at skrive journalnummer samt dato for det psykiatriske patientklagenævns afgørelse.

3. Hvis du kun ønsker at klage over en del af afgørelsen, skriv venligst, hvad du konkret ønsker at klage over.

Jeg ønsker at klage over den del af det psykiatriske patientklagenævns afgørelse, som vedrører følgende tvangsindgreb (sæt kryds):

- Tvangsbehandling
- Fysisk magtanvendelse
- Indgivelse af beroligende middel med magt
- Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse
- Personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer
- Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland

4. Skriv eventuelt en begrundelse for klagen

Du kan eventuelt uddybe dette punkt på et selvstændigt ark, som vedlægges dette skema.

5. Underskrift og samtykke *

Jeg er indforstået med, at Styrelsen for Patientsikkerhed/Det Psykiatriske Ankenævn har ret til at indhente de oplysninger fra læger, sygehuse, offentlige myndigheder med videre, der er nødvendige for at behandle sagen, jævnfør lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Jeg er også indforstået med, at Styrelsen for Patientsikkerhed /Det Psykiatriske Ankenævn videregiver relevante oplysninger vedrørende klagen til implicerede myndigheder og sygehuse.

Dato	Underskrift	CPR-nummer
------	-------------	------------

Punkt 6 og 7 udfyldes KUN, hvis du ønsker, at en anden skal være kontaktperson i din sag.

6. Fuldmagt

Undertegnede (patient): _____ giver hermed (patientens navn)	
_____ fuldmagt til at varetage mine interesser (skriv navnet på den person, som skal klage på vegne af patienten)	i forbindelse med sagens behandling.
Dato _____ Underskrift (patientens) _____	

7. Fuldmagtshavers kontaktinformation

Fuldmagtshavers navn	CPR-nummer (CVR for bl.a. advokater)
Adresse	Telefon, privat
Postnummer/by	Telefon, arbejde
E-mail-adresse	

Styrelsen for Patientsikkerhed
Finsensvej 15, 2000 Frederiksberg
Tlf. 72 28 66 00
pob@patientombuddet.dk,
www.patientombuddet.dk