

## 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:

---



---



---

- Patienten ønsker videomøde
- Patienten ønsker fysisk møde på sygehuset

Dato: \_\_\_\_\_

Patients underskrift: \_\_\_\_\_

### Patientrådgiver

Navn	Dato for beskikkelse
------	----------------------

Patienten <b>samtykker til</b> , at patientrådgiveren må få aktindsigt i denne klagesag ved Det Psykiatriske Patientklagenævn  _____ Patient – dato og underskrift	Mundtligt tilsagn om samtykke er givet til patientrådgiver  _____ Patientrådgiver – dato og underskrift
---	--

Kvittering for modtagelse på sygehuset:

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_