**Behandelingsplan vrijwillige behandeling onder voorwaarden opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening**

**Rechtspleging aangaande artikel 4 over de vrijwillige behandeling onder voorwaarden van de “Wet inzake de bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening" van 26 juni 1990, gewijzigd bij wet 16 mei 2024.**

Ondergetekende arts

Naam en voornaam:

Riziv-nummer:

Professioneel adres:

Professionele telefoon en e-mail:…………………......…………………………………………………………………….

geeft met eerbied te kennen dat met de volgende persoon op ………………………………………… (datum en uur) een behandelingsplan onder voorwaarden werd ondertekend waarvoor hij/zij verantwoordelijk arts zal zijn, in het kader van de wet van 26 juni 1990, gewijzigd op 16 mei 2024, betreffende de bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening

Naam en voornaam:

Geboorteplaats en datum:

Rijksregisternummer:

Adres:

Beschrijving waaruit blijkt dat de arts die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de vrijwillige behandeling onder voorwaarden redelijkerwijs kan aannemen dat de persoon met een psychiatrische aandoening zich hieraan zal houden:

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

De persoon met psychiatrische aandoening is voldoende wilsbekwaam om zonder voorbehoud akkoord te gaan met de inhoud van de voorwaarden, en heeft dit ook uitdrukkelijk gedaan.

Beschrijving van de probleemsituatie en de omstandigheden die hebben geleid tot de noodzaak van een vrijwillige behandeling onder voorwaarden, of beschrijving van de stopzetting van de beschermende observatiemaatregelen:

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

Plaats van de behandeling:

De eerste periode van de behandeling zal mevrouw/mijnheer opgenomen zijn op de afdeling ………………………………… van ziekenhuis ……………………….. op het adres………………………………. Deze afdeling heeft een gesloten deur. Mevrouw/mijnheer kan de eerste dagen de afdeling niet zelfstandig verlaten, wel in begeleiding van een verpleegkundige. Na een week zal geëvalueerd worden of mevrouw/mijnheer voldoende gestabiliseerd is om naar de open afdeling over te gaan.

Van zodra mevrouw/mijnheer op de open afdeling verblijft, zijn korte verlofmomenten naar huis toegestaan, op het volgende adres…………………………. Zij/hij kan daarvoor het openbaar vervoer nemen, maar mag niet met de auto rijden. Het is in deze behandelfase toegestaan om contact te nemen met ………………………………………………..

Tijdens de volgende behandelfase, de dagtherapie, kan mevrouw/mijnheer in goed overleg ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

In de ambulante behandelfase zal mevrouw/mijnheer verblijven op het volgende adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Aard van de behandeling:

Mevrouw/mijnheer zal stipt de voorgeschreven medicatie innemen, zowel tijdens de opname in het ziekenhuis, als daarna in het ambulante behandelvervolg. Langwerkende inspuitingen kunnen daar deel van uitmaken. De medicatie, de dosis en het tijdstip van inname zullen altijd op papier beschikbaar gesteld worden, met telkens de startdatum van het medicatieschema vermeld.

Mevrouw/mijnheer zal zich ook gedurende de hele periode onthouden van alcohol- en druggebruik. Zo nodig zullen testen worden uitgevoerd.

In geval van incorrect gebruik van medicatie of een positieve urinetest wordt de haalbaarheid van de vrijwillige behandeling onder voorwaarden in vraag gesteld.

Mevrouw/mijnheer neemt deel aan het therapieprogramma van de afdelingen waar ze op dat moment is opgenomen. Zij krijgt hiervoor het programma op papier ter beschikking.

Mevrouw/mijnheer zal zich aanbieden op de raadpleging van ………………………………………………

Andere voorwaarden en verbintenissen van

* de wettelijke vertegenwoordiger (naam, voornaam en contactgegevens …………… ……………..…………………………………………………….…………………….): …………………………………………………………………………………………..
* de arts verantwoordelijk voor de vrijwillige behandeling onder voorwaarden: ………………………………………………………………………………………………………………………….
* anderen betrokkenen in het netwerk van de persoon (naam, voornaam en contactgegevens……………………………………………………………………………………..):

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

Identificatie van het netwerk van personen die betrokken zijn bij dit behandelingsplan, naam en contactgegevens:

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

Samenvatting van de afgesproken behandeling en de opvolging ervan, en een beschrijving van de therapeutische middelen die zullen worden toegepast om het gevaar bedoeld in artikel 2 van de bovenvermelde wet van 26 juni 1990, gewijzigd 16 mei 2024, zoveel mogelijk af te wenden:

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

Opgemaakt te .......................................(plaats) op (datum)

Handtekening van de patiënt:

Handtekening van de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt:

Handtekening van de arts die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de behandeling:

Handtekening van derden :