

Psykiatrisk Testamente

- din hjælp mod tvang!

1. Navn, CPR-nummer, adresse:

Psykiatrisk testamente for

Navn:

CPR-nr.:

Adresse:

Tlf.:

E-mail:

2. Behandling/hjælp jeg ønsker/ikke ønsker:

Hvis jeg kommer i en situation, hvor psykiatrilovens betingelser for anvendelse af tvang skønnes at være opfyldt, ønsker jeg at følgende respekteres:

Hjælp/behandling, som jeg i givet fald ønsker:

Behandling, som jeg frabeder mig:

Hvis der i strid med mine ovenfor anførte ønsker træffes beslutning om frihedsberøvelse, tvangsbehandling eller andre tvangsforanstaltninger, er det mit ønske at enhver sådan beslutning indbringes for det psykiatriske patientklagenævn, og at denne klage skal have opsættende virkning for eventuel tvangsbehandling, sådan som det er bestemt i loven (§ 32, stk. 3).



3. Andre forhold under indlæggelse:

Under min indlæggelse ønsker jeg i øvrigt, at min ret til selvbestemmelse på følgende områder respekteres:

4. Patientrådgiver:

Ønske om beskikkelse af patientrådgiver efter eget valg:

Følgende person(er) ønskes beskikket i nævnte prioritetsorden, jf. bilagte tilsagnserklæringer:

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Adresse: _____

Tlf. (privat): _____ Tlf. (arbejde): _____ E-mail: _____

som i sin egenskab af patientrådgiver skal have fuld aktindsigt begrænset aktindsigt ingen aktindsigt.

Ved begrænset aktindsigt til vedkommende forstår jeg:

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Adresse: _____

Tlf. (privat): _____ Tlf. (arbejde): _____ E-mail: _____

som i sin egenskab af patientrådgiver skal have fuld aktindsigt begrænset aktindsigt ingen aktindsigt.

Ved begrænset aktindsigt til vedkommende forstår jeg:

Hvis der mod mit hermed udtrykte ønske beskikkes andre end de(n) nævnte person(er) som patientrådgiver, er det mit ønske, at vedkommende får fuld aktindsigt begrænset aktindsigt ingen aktindsigt.

Ved begrænset aktindsigt til vedkommende forstår jeg:

5. Bisidder:

Ønske om medvirken af bisidder efter eget valg:

Følgende person(er) ønskes at kunne medvirke som bisidder i nævnte prioritetsorden, jf. bilagte tilsagnserklæringer:

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Adresse: _____

Tlf. (privat): _____ Tlf. (arbejde): _____ E-mail: _____



som i sin egenskab af bisidder uhindret skal kunne deltage i møder med:

læge/psykiater kontaktperson andet behandlings-/plejepersonale
socialrådgiver patientrådgiver

andre:

og som i sin egenskab af bisidder skal have fuld aktindsigt begrænset aktindsigt ingen aktindsigt.
Ved begrænset aktindsigt til vedkommende forstår jeg:

Navn:

CPR-nr.:

Adresse:

Tlf. (privat):

Tlf. (arbejde):

E-mail:

som i sin egenskab af bisidder uhindret skal kunne deltage i møder med:

læge/psykiater kontaktperson andet behandlings-/plejepersonale
socialrådgiver patientrådgiver

andre:

og som i sin egenskab af bisidder skal have fuld aktindsigt begrænset aktindsigt ingen aktindsigt.
Ved begrænset aktindsigt til vedkommende forstår jeg:

6. Underretning af familiemedlemmer og/eller andre personer:

I forbindelse med frihedsberøvelse eller anden tvang ønsker jeg, at følgende person(er) snarest muligt underrettes om indgrebet og mit opholdssted:

Navn:

CPR-nr.:

Adresse:

Tlf. (privat):

Tlf. (arbejde):

E-mail:

Vedkommende bedes underrettet om min indlæggelse snarest muligt efter denne. Han/hun skal have fuld aktindsigt begrænset aktindsigt ingen aktindsigt.

Ved begrænset aktindsigt til vedkommende forstår jeg:

Navn:

CPR-nr.:

Adresse:

Tlf. (privat):

Tlf. (arbejde):

E-mail:

Vedkommende bedes underrettet om min indlæggelse snarest muligt efter denne.

Han/hun skal have fuld aktindsigt begrænset aktindsigt ingen aktindsigt.

Ved begrænset aktindsigt til vedkommende forstår jeg:



7. Medicinske forsøg:

Forhåndstilkendegivelse af, om jeg vil inddrages som forsøgsperson i biomedicinske forskningsprojekter:

Nej Ja

8. Obduktion ved død:

I tilfælde af, at jeg dør under en indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, ønsker jeg, at der bliver foretaget obduktion med henblik på fastlæggelse af den nøjagtige dødsårsag.

Ja Nej

9. Pårørendes aktindsigt ved død:

Forhåndstilkendegivelse af, om nærmeste pårørende må få videregivet oplysninger fra patientjournalen, hvis jeg dør i forbindelse med behandling:

Ja Nej

10. Bemærkninger:

Evt. bemærkninger:

11. Gyldighedsperiode og tilbagekaldelse/underskrift

Dette testamente skal gælde indtil d. _____, eller indtil jeg, på et tidspunkt hvor jeg er fornuftshabil, tilbagekalder det skriftligt.

Sted og dato:

Underskrift:

12. Attestation ved vidner

Det attesteres herved, at _____ ved undertegnelsen at ovenstående erklæring efter hele sin fremtræden virker psykisk ligevægtig og velinformeret om betydningen af erklæringen.

Navn:

Adresse:

Tlf.:

E-mail:

Sted og dato:

Underskrift:

Navn:

Adresse:

Tlf.:

E-mail:

Sted og dato:

Underskrift:

