

## **Product 20: Informatie aan betrokkene en vertegenwoordiger over het dossier (art. 8:3 lid 1 en 2 Wvvgz)**

Aan:

Naam: .....

Adres: .....

Betreft: informatie over het dossier

Geachte ...,

Er is voor u een

- ☐ crisismaatregel
- ☐ machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel
- ☐ zorgmachtiging afgegeven<sup>1</sup>.

U zit wellicht met veel vragen.

Met deze brief informeer ik u over een aantal belangrijke zaken:

De Geneesheer-directeur is ..... [naam GD invullen].

Hij/zij<sup>2</sup> is te bereiken via het .....[bijvoorbeeld Bureau Geneesheer-directeur]:

Telefoonnummer: .....

Email: .....

Uw zorgverantwoordelijke is: ..... [naam zorgverantwoordelijke invullen].

Hij/zij<sup>3</sup> is te bereiken via:

Telefoonnummer: .....

Email: .....

U hebt altijd de mogelijkheid om advies en bijstand te vragen van een Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP).

De pvp is te bereiken via de helpdesk op 0900 – 444 8888, [helpdesk@pvp.nl](mailto:helpdesk@pvp.nl) of via de chat op [www.pvp.nl](http://www.pvp.nl)

Familieleden en voor continuïteit van zorg essentiële naasten kunnen voor advies en bijstand contact opnemen met de onafhankelijke familievertrouwenspersoon. T:0900-3332222 of [www.lsfvp.nl](http://www.lsfvp.nl) of [familieindeggz@lsfvp.nl](mailto:familieindeggz@lsfvp.nl).

De verplichte zorg wordt in beginsel toegepast op basis van multidisciplinaire richtlijnen.

In de bijgevoegde folders vindt u informatie over:

- de klachtenregeling van ..... [naam zorgaanbieder invullen]
- de huisregels

---

<sup>1</sup> Keuze maken, wat niet aangekruist is, vervalt in definitieve tekst/print

<sup>2</sup> Keuze maken, wat niet aangekruist is, vervalt in definitieve tekst/print

<sup>3</sup> Keuze maken, wat niet aangekruist is, vervalt in definitieve tekst/print

- uw overige rechten en plichten als opgenomen in de Wet verplichte ggz
- het dossier en uw rechten en plichten ten aanzien hiervan

Hierin kunt u onder meer lezen bij wie u waarvoor terecht kunt.

Ik stuur een kopie van deze brief naar uw vertegenwoordiger.<sup>4</sup>

Plaats, datum: ..... , .....

Naam zorgaanbieder: .....

Ondertekening: .....

---

<sup>4</sup> Indien van toepassing. Anders valt zin weg.