Tvangsprotokol **– skema 2**

REGION NORDJYLLAND
PSYKIATRIEN

Tvangsbehandling

Navn: _____ Hospital: _____ Afdeling: _____

Cpr.nr.: _____ Hospitalskode: _____

Indlæggelsesdato: _____ (dag/mdr./år) Udskrivningsdato: _____ (dag/mdr./år)

☐ Første skema for aktuel tvangsbehandling ☐ Fortsættelse af tidligere skema

Tvangsbehandling

☐ Medicinering ☐ ECT* ☐ Ernæring

☐ Af legemlig lidelse
Ord. somatisk læge: _____ Dato for somatisk overlæges stillingstagen: _____

Dato for beslutning om iværksættelse: _____

Ord.læge:_____ Dato/underskr. for ovl. stillingtagen: _____

Patienter under 15 år:
☐ Tvangsforanstaltning med tilslutning af forældremyndighedsindehaver, men med modstand fra den mindreårige patient.

Begrundelse (iht. § 12 og § 13):

☐ Udsigt til væsentlig forringelse af helbredet ☐ *Aktuelt eller potentielt livstruende tilstand
☐ Nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre

Art og omfang:

Tilladt magtanvendelse:

Dato Dag/måned/år	Tilstedeværende læge	Dato Dag/måned/år	Tilstedeværende læge	Dato Dag/måned/år	Tilstedeværende læge

Dato for beslutning om ophør: _____

* Ordineres af overlægen (ovl.)