Berufung der betroffenen Person gegen die Verfügung einer Behandlung ohne Zustimmung durch den Chefarzt der Abteilung oder dessen Stellvertreter

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name : ………………………………………………………………. Vorname : …………………………………..…………..…….

Geburtsdatum : …………………………………….……. Name des Vaters: …………………………………...………

Zivilstand : ………………………………………. Nationalität : …………………………………………….

Wohnort (Strasse, Nr., PLZ, Ort): …………………………………………….………………………………………………………………

Derzeit in folgender geeigneter Einrichtung: …………..…………….………………………………………………

Beistand: ………………………………..………………………………….……….……………………………………

Adresse des Beistands : ……………..………………………………………………………….………………………

Zwangsmassnahmengericht

Rue Mathieu-Schiner 1

Postfach 2054

1950 Sitten 2

Sehr geehrte Damen und Herren

Gemäss Artikel 439 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches und Artikel 114 Absatz 1 Buchstabe b des Einführungsgesetzes zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch erhebe ich vorliegende

B E R U F U N G

gegen die Verfügung einer Behandlung ohne Zustimmung vom ……………………………….. des Chefarztes der Abteilung der oben genannten Einrichtung oder dessen Stellvertreters ……………………………………., die mir am ……………………………… persönlich eröffnet wurde.

Aus folgendem Sachverhalt und folgenden Gründen:

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

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

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

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

Neben der persönlichen Anhörung schlage ich folgende Beweismittel vor:

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

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

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

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

Mit meiner eigens angebrachten Unterschrift (Unterschrift) ……………………………………………………

entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Abschliessend ersuche ich Sie, eine gerichtliche Prüfung der angefochtenen Verfügung (Art. 439 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches) vorzunehmen und die Beendigung der Behandlung ohne Zustimmung anzuordnen.

Freundliche Grüsse

Ort und Datum : ………………………………….……………….. Unterschrift ………………….……………………………

Beilage: Kopie der Verfügung vom………………………………….……………