

WNIOSEK O DOBROWOLNE PRZYJĘCIE DO SZPITALA
(Ustawa o higienie psychicznej §§9.09, 9.13 oraz 9.23)

Wypełniając i podpisując ten formularz, można uzyskać przyjęcie do szpitala w celu leczenia choroby psychicznej dla siebie lub osoby poniżej 16 roku życia. Przyjęcie odbędzie się w trybie dobrowolnym. Przed wypełnieniem formularza proszę uważnie zapoznać się z poniższymi informacjami.

Prawo stanowe i federalne zabrania dyskryminacji ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, wyznanie, narodowość, wiek, płeć, orientację seksualną lub niepełnosprawność.

I. WYMAGANIA DOTYCZĄCE DOBROWOLNEGO PRZYJĘCIA

A. WNIOSEK

Aby zostać dobrowolnie przyjętym do szpitala psychicznego, osoba powyżej 18 roku życia lub poniżej 18 roku życia i mogąca wyrazić zgodę zgodnie z sekcją 33.21 ustawy o higienie psychicznej, musi dobrowolnie złożyć pisemny wniosek o przyjęcie. Jeśli osoba ma mniej niż 16 lat, pisemny wniosek o przyjęcie musi zostać złożony przez jedną z podanych osób:

- rodzica, opiekuna prawnego lub najbliższego krewnego;
- urzędnika opieki społecznej lub upoważnioną agencję sprawującą opiekę i pieczę nad daną osobą zgodnie z ustawą o usługach społecznych, z zastrzeżeniem warunków nakazu sądowego lub dokumentu sporządzonego zgodnie z sekcją 384-a ustawy o usługach społecznych;
- Komisarza Biura ds. Dzieci i Usług Rodzinnych Stanu Nowy Jork (OCFS), działającego zgodnie z sekcją 509 ustawy wykonawczej;
- osobę lub upoważnionego przedstawiciela podmiotu sprawującego opiekę nad tą osobą zgodnie z sekcją 756 lub sekcją 1055 ustawy o sądach rodzinnych.

Jeśli osoba ma powyżej 16 lat i poniżej 18 lat, dyrektor szpitala może według własnego uznania przyjąć daną osobę jako pacjenta dobrowolnego na jej własny wniosek lub na wniosek dowolnej osoby upoważnionej do złożenia wniosku o przyjęcie pacjenta poniżej 16 roku życia.

B. STOSOWNOŚĆ PRZYJĘCIA

Dyrektor szpitala musi stwierdzić, że dana osoba cierpi na chorobę psychiczną wymagającą opieki i leczenia w szpitalu psychiatrycznym, oraz że osoba ta kwalifikuje się do dobrowolnego przyjęcia, zgodnie z opisem w punkcie C.

C. KRYTERIA PRZYJĘCIA

Aby dana osoba kwalifikowała się do dobrowolnego przyjęcia do szpitala, musi zostać poinformowana o następujących kwestiach i być w stanie je zrozumieć:

- że składa wniosek o przyjęcie;
- że szpital, do którego ubiega się o przyjęcie, jest szpitalem dla osób psychiatrycznie chorych; oraz
- charakter przyjęcia w trybie dobrowolnym oraz przepisy regulujące zwolnienie lub zamianę na przyjęcie w trybie niedobrowolnym.

D. ZAMIANA

Powyższe wymagania dotyczące pisemnego wniosku i kwalifikacji do przyjęcia obowiązują również, aby pacjent przyjęty w trybie niedobrowolnym mógł uzyskać status pacjenta w trybie dobrowolnym.

E. PODPIS ELEKTRONICZNY

Formularze OMH 472, 472-SR1 i 472-SR2 mogą zostać wypełnione i podpisane elektronicznie, zgodnie z ustawą o podpisach elektronicznych i dokumentacji elektronicznej, w tym za pośrednictwem elektronicznej dokumentacji medycznej dostawcy. Dostawcy muszą zapewnić możliwość wydrukowania i/lub dostarczenia formularzy w zatwierdzonym formacie dla pacjenta, opiekuna pacjenta, przyjmującego szpitala i/lub agencji Mental Hygiene Legal Services.

II. POSTANOWIENIA OGÓLNE DOTYCZĄCE PRZYJĘCIA W TRYBIE DOBROWOLNYM

Pacjenci przyjęci w trybie dobrowolnym muszą otrzymać pisemne powiadomienie o swoim statusie i prawach w momencie przyjęcia do szpitala lub zamiany na przyjęcie w trybie dobrowolnym, a następnie co 120 dni. W momencie dokonywania takich okresowych powiadomień należy uzyskać pisemną zgodę pacjenta na dalszy pobyt jako pacjent przyjęty w trybie dobrowolnym, a kopię takiej zgody należy przekazać agencji Mental Hygiene Legal Service. Żaden pacjent przyjęty w trybie dobrowolnym nie może pozostawać w takim trybie przez okres dłuższy niż dwanaście miesięcy, chyba że jego zdolność do pozostania pacjentem dobrowolnym i chęć pozostania w szpitalu zostały zweryfikowane przez agencję Mental Hygiene Legal Service. W dowolnym momencie przyjęcia w trybie dobrowolnym pacjent lub osoba działająca w jego imieniu może zwrócić się do agencji Mental Hygiene Legal Service z prośbą o udzielenie informacji lub pomocy. Dodatkowe informacje na temat Usług znajdują się na następnej stronie niniejszego formularza.

III. PRZEPISY DOTYCZĄCE WYPISU PACJENTÓW PRZYJĘTYCH W TRYBIE DOBROWOLNYM I ZAMIANY TRYBU NA NIEDOBROWOLNY

Pacjenci przyjęci w trybie dobrowolnym mogą: 1) kontynuować w tym trybie; 2) otrzymać zwolnienie warunkowe; 3) dostać wypis; lub 4) przekształcić tryb na niedobrowolny.

Pacjent przyjęty w trybie dobrowolnym, który chce opuścić szpital, musi złożyć pisemne zawiadomienie do dyrektora szpitala. Po otrzymaniu takiego zawiadomienia dyrektor niezwłocznie zwalnia pacjenta lub, jeżeli istnieją uzasadnione podstawy, aby sądzić, że pacjent spełnia kryteria niedobrowolnej hospitalizacji, zatrzymuje pacjenta na okres do 72 godzin. Przed upływem 72-godzinnego okresu dyrektor zwalnia pacjenta lub zwraca się do sądu o zatrzymanie pacjenta w szpitalu wbrew jego woli. Pacjent zostanie poinformowany o przysługującym mu prawie do złożenia oświadczenia.

Jeśli sąd stwierdzi, że pacjent jest chory psychicznie i wymaga niedobrowolnej hospitalizacji, wyda nakaz zezwalający na zatrzymanie pacjenta na okres nie dłuższy niż sześćdziesiąt dni od daty wydania nakazu. Wniosek o dalsze zatrzymanie pacjenta na okres sześciu miesięcy i jednego roku, a następnie kolejnych okresów dwuletnich, może zostać złożony do sądu, jeśli stan pacjenta uzasadnia dalszą niedobrowolną hospitalizację.

W przypadku pacjenta niepełnoletniego w wieku co najmniej szesnastu lat wniosek o wypisanie pacjenta może złożyć pacjent, osoba, która złożyła wniosek o przyjęcie pacjenta, osoba pozostająca w podobnym lub bliższym stosunku z pacjentem lub agencja Mental Hygiene Legal Service. Jeżeli takie zawiadomienie zostanie złożone przez inną osobę, dyrektor może według własnego uznania odmówić wypisania pacjenta, a w przypadku takiej odmowy ta inna osoba lub agencja Mental Hygiene Legal Service może zwrócić się do sądu o zwolnienie pacjenta.

W przypadku osoby niepełnoletniej poniżej szesnastego roku życia, która złożyła wniosek o zwolnienie, dyrektor może według własnego uznania odmówić zwolnienia pacjenta, a w przypadku takiej odmowy osoba, która złożyła wniosek o przyjęcie pacjenta niepełnoletniego, osoba o takim samym lub bliższym stopniu pokrewieństwa lub agencja Mental Hygiene Legal Service może zwrócić się do sądu o zwolnienie pacjenta.

IV. POWIADOMIENIE AGENCJI MENTAL HYGIENE LEGAL SERVICES DOTYCZĄCE PRZYJĘCIA, ZMIANY STATUSU PRAWN SERVICES EGO ORAZ PRZENIESIENIA LUB WYPISANIA PACJENTÓW W WIEKU PONIŻEJ 18 LAT.

W przypadku przyjęcia osoby poniżej 18 roku życia do dowolnego szpitala lub zmiany statusu jej przyjęcia, agencja Mental Hygiene Legal Services zostanie powiadomiona o przyjęciu lub zmianie statusu w ciągu trzech dni. W powiadomieniu zostanie podany wiek osoby oraz tryb przyjęcia.

Żaden pacjent przyjęty w trybie dobrowolnym poniżej 18 roku życia, przyjęty na własną prośbę, nie może zostać przeniesiony bez jego uprzedniej zgody, chyba że trzy dni przed planowanym przeniesieniem zostanie przekazane pisemne powiadomienie do agencji Mental Hygiene Legal Service, a ona będzie miała możliwość spotkania się z pacjentem i rozpatrzenia planowanego przeniesienia.

Żaden pacjent przyjęty w trybie dobrowolnym poniżej 18 roku życia, przyjęty na prośbę innej osoby, nie może zostać przeniesiony bez uprzedniej zgody pacjenta lub jego rodzica lub opiekuna prawnego, w stosownych przypadkach, chyba że trzy dni przed planowanym przeniesieniem zostanie przekazane pisemne powiadomienie do agencji Mental Hygiene Legal Service, a ona będzie miała możliwość spotkania się z pacjentem i rozpatrzenia planowanego przeniesienia.

Agencja Mental Hygiene Legal Service zostanie niezwłocznie powiadomiona na piśmie o zwolnieniu lub przeniesieniu każdego pacjenta poniżej 18 roku życia.

V. INFORMACJE OGÓLNE

A. USŁUGI PRAWNE W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Mental Hygiene Legal Service jest agencją Biura Administracji Sądowej stanu Nowy Jork, która zapewnia ochronę prawną, doradztwo i pomoc, w tym reprezentację wszystkim pacjentom przyjętym do placówek psychiatrycznych. Pacjenci mają prawo do uzyskania informacji o swoich prawach dotyczących hospitalizacji i leczenia, a także mają prawo do rozprawy sądowej, do reprezentacji przez adwokata i do uzyskania niezależnej opinii medycznej.

W wielu szpitalach psychiatrycznych znajduje się biuro agencji Mental Hygiene Legal Service. W przypadku braku biura w szpitalu przedstawiciel Agencji odwiedza placówkę regularnie i często. Każdy pacjent lub osoba działająca w ich imieniu może spotkać się lub skontaktować się z przedstawicielem Agencji, dzwoniąc lub pisząc bezpośrednio do biura Agencji lub prosząc pracownika oddziału pacjenta o zorganizowanie z nimi takiego spotkania. Przedstawicielem agencji Mental Hygiene Legal Service tego szpitala można skontaktować się pod numerem

B. ZWROT KOSZTÓW

Pacjent ponosi odpowiedzialność prawną za pokrycie kosztów opieki. Dodatkowo odpowiedzialni są małżonek pacjenta, a w niektórych przypadkach rodzice pacjenta poniżej 21 roku życia. Odpowiedzialność prawną ponoszą również komisja, opiekun lub powiernik funduszu powierniczego utworzonego w celu wsparcia pacjenta, a także każdy powiernik lub odbiorca środków finansowych przeznaczonych dla pacjenta. Opłaty mogą zostać zniesione lub zmniejszone w przypadku niemożności ich uiszczenia. Każda osoba ubiegająca się o zwolnienie lub obniżenie opłat musi współpracować w ramach dochodzenia finansowego mającego na celu ustalenie jej zdolności płatniczej.

WNIOSEK O DOBROWOLNE PRZYJĘCIE DO SZPITALA (Ustawa o higienie psychicznej §§9.13 oraz 9.23) <i>Przed zakończeniem należy przeczytać instrukcje zawarte na poprzednich stronach.</i> Formularz OMH 472	Imię i nazwisko (nazwisko, imię, inicjał drugiego imienia)
	Płeć _____ Data urodzenia _____
	MRN _____
	Lokalizacja/Obiekt _____

CZĘŚĆ A – WNIOSEK O PRZYJĘCIE W TRYBIE DOBROWOLNYM

Ta część musi zostać podpisana przez osobę składającą wniosek o przyznanie przyjęcia w trybie dobrowolnym lub zamiany na tryb dobrowolny.

Poinformowano mnie i rozumiem charakter przyjęcia w trybie dobrowolnym oraz przepisy regulujące zwolnienie lub zamianę na przyjęcie w trybie dobrowolnym.

 Przyjęcie

Ja, _____, niniejszym składam wniosek o przyjęcie do _____, szpitala dla osób chorych psychicznie.

 Zamiana na przyjęcie w trybie dobrowolnym

Ja, _____, niniejszym składam wniosek o zamianę na przyjęcie w trybie dobrowolnym w _____, szpitala dla osób chorych psychicznie.

Powody, dla których ubiegam się o przyjęcie lub zamianę na przyjęcie w trybie dobrowolnym, są następujące:

Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie w trybie dobrowolnym lub zamianę na przyjęcie w trybie dobrowolnym	Data	Godzina (rano/po południu)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	----------------------------

CZĘŚĆ B – POTWIERDZENIE PRZEZ LEKARZA LUB PIELEŃNIARKĘ KONIECZNOŚCI HOSPITALIZACJI I MOŻLIWOŚCI PRZYJĘCIA PACJENTA W TRYBIE DOBROWOLNYM

Przed przyjęciem do szpitala lub zamianą trybu przyjęcia zbadałem wyżej wymienionego pacjenta i potwierdzam, że:

- pacjent cierpi na chorobę psychiczną, w przypadku której odpowiednia jest opieka i leczenie w szpitalu psychiatrycznym;
- pacjent kwalifikuje się do przyjęcia w trybie dobrowolnym; oraz
- można racjonalnie oczekiwać, że pobyt w szpitalu poprawi stan pacjenta lub przynajmniej zapobiegnie jego pogorszeniu.

Podpis lekarza lub pielęgniarki	Data	Godzina (rano/po południu)
---------------------------------	------	----------------------------

<p>WNIOSEK O DOBROWOLNE PRZYJĘCIE DO SZPITALA (Ustawa o higienie psychicznej §§9.13 oraz 9.23)</p> <p><i>Przed zakończeniem należy przeczytać instrukcje zawarte na poprzednich stronach.</i></p>	<p>Imię i nazwisko (nazwisko, imię, inicjał drugiego imienia)</p> <p>_____</p> <p>Płeć _____ Data urodzenia _____</p> <p>MRN _____</p> <p>Lokalizacja/Obiekt _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Formularz OMH 472

CZĘŚĆ C – WNIOSEK O PRZYJĘCIE W TRYBIE DOBROWOLNYM OSOBY MAŁOTELNIEJ

Ta część musi zostać podpisana przez osobę składającą wniosek o przyznanie przyjęcia w trybie dobrowolnym lub zamiany na przyjęcie w trybie dobrowolnym.

Poinformowano mnie i rozumiem charakter przyjęcia w trybie dobrowolnym oraz przepisy regulujące zwolnienie lub zamianę na przyjęcie w trybie dobrowolnym.

 Przyjęcie

Niniejszym składam wniosek o przyjęcie _____, wiek _____, do

_____, szpitala dla osób chorych psychicznie.

 Zamiana na przyjęcie w trybie dobrowolnym

Niniejszym składam wniosek o zamianę _____, wiek _____, na przyjęcie w trybie dobrowolnym w

_____, szpitala dla osób chorych psychicznie.

Powody, dla których ubiegam się o przyjęcie lub zamianę na przyjęcie w trybie dobrowolnym, są następujące:

Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie w trybie dobrowolnym lub zamianę na przyjęcie w trybie dobrowolnym	Relacja łącząca z pacjentem:	Data	Godzina (rano/po południu)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	------	----------------------------

CZĘŚĆ D – POTWIERDZENIE PRZEZ LEKARZA LUB PIELĘGNIARKĘ KONIECZNOŚCI HOSPITALIZACJI I MOŻLIWOŚCI PRZYJĘCIA PACJENTA W TRYBIE DOBROWOLNYM

Przed przyjęciem do szpitala lub zamianą trybu przyjęcia zbadałem wyżej wymienionego pacjenta i potwierdzam, że:

- pacjent cierpi na chorobę psychiczną, w przypadku której odpowiednia jest opieka i leczenie w szpitalu psychiatrycznym;
- pacjent kwalifikuje się do przyjęcia w trybie dobrowolnym; oraz
- można racjonalnie oczekiwać, że pobyt w szpitalu poprawi stan pacjenta lub przynajmniej zapobiegnie jego pogorszeniu.

Podpis lekarza lub pielęgniarki	Data	Godzina (rano/po południu)
---------------------------------	------	----------------------------

<p>POWIADOMIENIE O TRYBIE I PRAWACH OSÓB PRZYJĘTYCH W TRYBIE DOBROWOLNYM (Ustawa o higienie psychicznej §9.13)</p> <p><i>Należy przekazać pacjentowi w momencie przyjęcia do szpitala)</i></p> <p>Formularz OMH 472 SR1</p>	Imię i nazwisko (nazwisko, imię, inicjał drugiego imienia)
	Płeć _____ Data urodzenia _____
	MRN _____
	Lokalizacja/Obiekt _____

DO: _____ Data przyjęcia _____

Po otrzymaniu Twojego wniosku i stwierdzeniu, że kwalifikujesz się do przyjęcia w trybie dobrowolnym, zostaniesz przyjęty jako pacjent przyjęty w trybie dobrowolnym w tym szpitalu zapewniającym opiekę i leczenie osobom cierpiącym na choroby psychiczne.
-LUB-

(Dotyczy wyłącznie przyjmowania osób niepełnoletnich w trybie dobrowolnym) Po otrzymaniu wniosku złożonego w Twoim imieniu zgodnie z ustawą o higienie psychicznej i stwierdzeniu, że kwalifikujesz się do przyjęcia w trybie dobrowolnym, zostaniesz przyjęty jako pacjent przyjęty w trybie dobrowolnym w tym szpitalu zapewniającym opiekę i leczenie osobom cierpiącym na choroby psychiczne.

Od tego momentu możesz pozostać jako pacjent przyjęty w trybie dobrowolnym lub zostać wypisany, jeśli nie wymagasz już hospitalizacji. Twój status może zostać zmieniony na przyjęcie w trybie niedobrowolnym, ale tylko wtedy, gdy zostaniesz uznany za spełniającego wymagania dotyczące przyjęcia w trybie niedobrowolnym i nie chcesz lub nie nadajesz się już do dobrowolnego pozostania w szpitalu.

Podczas przyjęcia w trybie niedobrowolnym, w każdej chwili możesz poinformować personel szpitala na piśmie, jeśli chcesz zostać wypisany ze szpitala. Po otrzymaniu takiego zawiadomienia zostaniesz niezwłocznie zwolniony, chyba że dyrektor uzna, że spełniasz wymagania dotyczące niedobrowolnego przyjęcia i w związku z tym musisz pozostać w szpitalu — w takim przypadku ma on 72 godziny na zwrócenie się do sądu o wydanie nakazu zatrzymania Cię w szpitalu.

Ty i każda osoba działająca w Twoim imieniu możecie swobodnie pytać personel szpitala o swój stan zdrowia, status i prawa wynikające z ustawy o higienie psychicznej oraz zasady i przepisy obowiązujące w tym szpitalu.

MENTAL HYGIENE LEGAL SERVICE

Agencja Mental Hygiene Legal Service, niezależna od tego szpitala agencja sądowa, może zapewnić Tobie i Twojej rodzinie ochronę prawną, doradztwo i pomoc, w tym reprezentację, w związku z Twoją hospitalizacją. Masz prawo do uzyskania informacji o swoich prawach dotyczących hospitalizacji i leczenia, a także masz prawo do rozprawy sądowej, do reprezentacji przez adwokata i do uzyskania niezależnej opinii medycznej.

Ty lub osoba działająca w Twoim imieniu możecie spotkać lub skontaktować się z przedstawicielem agencji Mental Hygiene Legal Service, dzwoniąc lub pisząc bezpośrednio do biura agencji lub prosząc pracownika szpitala o zorganizowanie z Tobą takiego spotkania.

Z przedstawicielem agencji Mental Hygiene Legal Service tego szpitala można skontaktować się pod numerem:

PRZECZYTAŁEM LUB PRZECZYTANO MI I ROZUMIEM TREŚĆ NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA.

Podpis pacjenta	Data	Godzina (rano/po południu)
(W stosownych przypadkach) Podpis osoby, która podpisała wniosek o przyjęcie w trybie dobrowolnym	Data	Godzina (rano/po południu)

PACJENTOWI POWYŻEJ PRZEKAZANO KOPIĘ NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA. Kopia niniejszego zawiadomienia o trybie przyjęcia i prawach zostanie również przesłana do Mental Hygiene Legal Service.

Podpis Specjalisty ds. zdrowia psychicznego personelu	Data	Godzina (rano/po południu)
-------------------------------------------------------	------	----------------------------

<p>POWIADOMIENIE O TRYBIE PRZYJĘCIA I PRAWACH PRZEKSZTAŁCENIA W PRZYJĘCIE W TRYBIE DOBROWOLNYM (Ustawa o higienie psychicznej §9.13)</p> <p><i>Należy przekazać pacjentowi w momencie przyjęcia do szpitala)</i></p> <p>Formularz OMH 472 SR2</p>	Imię i nazwisko (nazwisko, imię, inicjał drugiego imienia)
	Płeć _____ Data urodzenia _____
	MRN _____
	Lokalizacja/Obiekt _____

DO: _____ Data przyjęcia _____

Data przekształcenia _____

Po otrzymaniu Twojego wniosku i stwierdzeniu, że kwalifikujesz się do przyjęcia w trybie dobrowolnym, tryb Twojego przyjęcia został zmieniony na przyjęcie w trybie dobrowolnym w tym szpitalu zapewniającym opiekę i leczenie osobom cierpiącym na choroby psychiczne.

-LUB-

(Dotyczy wyłącznie przyjmowania osób niepełnoletnich w trybie dobrowolnym) Po otrzymaniu wniosku złożonego w Twoim imieniu zgodnie z ustawą o higienie psychicznej i stwierdzeniu, że kwalifikujesz się do przyjęcia w trybie dobrowolnym, tryb Twojego przyjęcia został zmieniony na przyjęcie w trybie dobrowolnym w tym szpitalu zapewniającym opiekę i leczenie osobom cierpiącym na choroby psychiczne.

Od tego momentu możesz pozostać jako pacjent przyjęty w trybie dobrowolnym lub zostać wypisany, jeśli nie wymagasz już hospitalizacji. Twój status może zostać zmieniony na przyjęcie w trybie niedobrowolnym, ale tylko wtedy, gdy zostaniesz uznany za spełniającego wymagania dotyczące przyjęcia w trybie niedobrowolnym i nie chcesz lub nie nadajesz się już do dobrowolnego pozostania w szpitalu.

Podczas przyjęcia w trybie niedobrowolnym, w każdej chwili możesz poinformować personel szpitala na piśmie, jeśli chcesz zostać wypisany ze szpitala. Po otrzymaniu takiego zawiadomienia zostaniesz niezwłocznie zwolniony, chyba że dyrektor uzna, że spełniasz wymagania dotyczące niedobrowolnego przyjęcia i w związku z tym musisz pozostać w szpitalu — w takim przypadku ma on 72 godziny na zwrócenie się do sądu o wydanie nakazu zatrzymania Cię w szpitalu.

Ty i każda osoba działająca w Twoim imieniu możecie swobodnie pytać personel szpitala o swój stan zdrowia, status i prawa wynikające z ustawy o higienie psychicznej oraz zasady i przepisy obowiązujące w tym szpitalu.

MENTAL HYGIENE LEGAL SERVICE

Agencja Mental Hygiene Legal Service, niezależna od tego szpitala agencja sądowa, może zapewnić Tobie i Twojej rodzinie ochronę prawną, doradztwo i pomoc, w tym reprezentację, w związku z Twoją hospitalizacją. Masz prawo do uzyskania informacji o swoich prawach dotyczących hospitalizacji i leczenia, a także masz prawo do rozprawy sądowej, do reprezentacji przez adwokata i do uzyskania niezależnej opinii medycznej.

Ty lub osoba działająca w Twoim imieniu możecie spotkać lub skontaktować się z przedstawicielem agencji Mental Hygiene Legal Service, dzwoniąc lub pisząc bezpośrednio do biura agencji lub prosząc pracownika szpitala o zorganizowanie z Tobą takiego spotkania.

Z przedstawicielem agencji Mental Hygiene Legal Service tego szpitala można skontaktować się pod numerem:

PRZECZYTAŁEM LUB PRZECZYTANO MI I ROZUMIEM TREŚĆ NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA.

Podpis pacjenta	Data	Godzina (rano/po południu)
(W stosownych przypadkach) Podpis osoby, która podpisała wniosek o przyjęcie w trybie dobrowolnym	Data	Godzina (rano/po południu)

PACJENTOWI POWYŻEJ PRZEKAZANO KOPIĘ NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA. Kopia niniejszego zawiadomienia o trybie przyjęcia i prawach zostanie również przesłana do Mental Hygiene Legal Service.

Podpis Specjalisty ds. zdrowia psychicznego personelu	Data	Godzina (rano/po południu)
-------------------------------------------------------	------	----------------------------