

دیدارهای سرشار از اعتماد.

Persiska - www.soyase - 2009



آیا می‌خواهید یک فرد پشتیبان داشته باشید؟

با کمال میل با کمیته بیماران تماس بگیرید

08-690 67 00 (8.30 تا 16.00)

آدرس پستی:

(امور اداری کمیته بیماران)

Patientnämndens förvaltning
Box 17535, 118 91 Stockholm

آدرس مراجعه:

Hornsgatan 15, Stockholm

نمبر: 08-690 67 18

پست الکترونیک: registrator@pan.sll.se

www.patientnamndenstockholm.se

شما حق دارید یک فرد پشتیبان داشته باشید

شما که به موجب قانون (1991:1128) مراقبت اجباری روانپزشکی LPT و یا به موجب قانون مراقبت روانپزشکی (1991:1129) موسوم به LRV به اجبار تحت مراقبت اجباری قرار گرفته‌اید. حق دارید که در مدتی که تحت مراقبت اجباری هستید و حتی چهار هفته پس از آن نیز در صورتی که بخواهید یک فرد پشتیبان (stödperson) داشته باشید.

فرد پشتیبان

- شخصی است که به دیگر انسان‌ها علاقمند است
- بایستی به عنوان یک هم‌نوع باشد و در مسائل شخصی به شما کمک کند
- حق دارد در بخش یا در جای دیگری که در آنجا به سر می‌برید. با شما دیدار کند
- اگر شما مایل باشید. حق دارد در هنگام دادرسی در دادگاه حضور داشته باشد
- وظیفه رازداری دارد.

فرد پشتیبان نبایستی

- جایگزین کارکنان خدمات درمانی شود
- مسئولیت امور مالی شما را برعهده بگیرد
- وکیل حقوقی شما شود.

شما که تحت مراقبت اجباری هستید، حق دارید

- از تصمیم مبنی بر مراقبت اجباری. نزد دادگاه اداری استان فرجام خواهی کنید
- از یک وکیل معاضدتی در هنگام دادرسی برخوردار شوید
- دارای یک فرد پشتیبان شوید که از سوی کمیته بیماران (Patientnämnden) تعیین و منصوب می‌شود.

برای برخورداری از یک فرد پشتیبان بایستی چنین کرد

با فرد رابط. درمانگر یا پزشک خود گفتگو کنید. آنان به شما کمک می‌کنند تا با کمیته بیماران تماس بگیرید. شما می‌توانید پرسشنامه ضمیمه را نیز پر کنید و آنرا با نمابر یا پست به امور اداری کمیته بیماران بفرستید.

نمابر

نمابر 08-6906718



نامه پستی

(امور اداری کمیته بیماران)

Patientnämndens förvaltning

Box 17535

118 91 Stockholm



تلفن

برای دریافت اطلاعات بیشتر می‌توانید با کمال میل با کمیته بیماران

با شماره تلفن 08-690 67 00 تماس بگیرید



درخواست فرد پشتیبان

اینجانب که به موجب قانون مراقبت اجباری روانپزشکی LPT و یا به موجب قانون مراقبت روانپزشکی LRV تحت مراقبت قرار گرفته‌ام. درخواست دارم که از فرد پشتیبان برخوردار شوم.

درمانگاه

آدرس پستی

بخش

فرد رابط / مسئول درمانی

تلفن بخش

تلفن بیمار

استکهلم به تاریخ

امضا

نام خوانا

شماره شناسائی