## ****Kontrollkommisjonen** **for**** .......................................................

**bestående av:**

......................................................., kontrollkommisjonens leder

......................................................., kontrollkommisjonens lege-medlem

......................................................., kontrollkommisjonsmedlem

......................................................., kontrollkommisjonsmedlem

behandlet den ……...... (dato)

# Etterprøving av tvungent psykisk helsevern tre måneder etter etablering – sak nr.: .......



**Pasienten**, ......................................................., født: ....... var i forkant gitt anledning til å uttale seg om saken. Dette ble gjennomført ved at .......................................................

Ved etterprøvingen har kontrollkommisjonen hatt opplysninger tilgjengelig fra ...................................

Vedtak om tvungent psykisk helsevern ble truffet ....................................................... På daværende tidspunkt vurderte den faglig ansvarlige for vedtak at vilkårene for tvungent psykisk helsevern var oppfylt fordi .......................................................

## Institusjonens vurdering ved tremånederskontrollen:

.......................................................

## Pasientens syn på saken:

.......................................................

*Evt.*....................................................... *har ikke ønsket å uttale seg om spørsmålet om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern utover tre måneder.*

Det ble truffet slikt

**vedtak:**

Ved etterprøving av tvungent psykisk helsevern skal det i henhold til psykisk helsevern loven § 3-8 annet ledd *ses hen til om vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-3 for tvungent psykisk helsevern fremdeles er tilstede*, herunder skal hensiktsmessigheten ved vernet vurderes særlig.  
...................................

Ved etterprøvingen skal det også kontrolleres at det foreligger en individuell plan for pasienten ...................................

Kontrollkommisjonen vurderer saken slik: ...................................

Etter dette har kontrollkommisjonen kommet frem til slik

**slutning:**

.......................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Kontrollkommisjonens leder  *Evt. etter fullmakt* | Kontrollkommisjonsmedlem |
| Kontrollkommisjonens lege-medlem | Kontrollkommisjonsmedlem |

Kopi av vedtaket er sendt pasienten, den faglig ansvarlige for vedtak og evt. den som handler på pasientens vegne.