

## Verfügung gegen psychiatrischen Zwang

Die unterzeichnete Person \_\_\_\_\_  
geb. \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

erklärt hiermit, dass sie

- dem/der EinweisungsärztIn,
- den behandelnden KlinikärztInnen,
- dem Pflegepersonal und
- sämtlichen übrigen Angestellten der Anstalt, in welche sie eingewiesen wird,

**verbietet,**

ihr ***gegen ihren Willen psychoaktive Substanzen jeglicher Art*** (z.B. Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer, etc.) anzubieten, abzugeben oder diese auf irgendeine Art in ihren Körper einzuführen, auch wenn die vorgenannten Personen oder Institutionen dies im Rahmen medizinischer Behandlungen als notwendig erachten.

Diese Verfügung gilt ausdrücklich auch dann, wenn die unterzeichnende Person von ihren Angehörigen, Fachpersonen, Behörden und/oder anderen mit ihr befassten Stellen als psychotisch, fremd-, selbstgefährdend oder urteilsunfähig bezeichnet wird.

Sie gilt ebenfalls, wenn sich die unterzeichnende Person freiwillig einer stationären oder ambulanten psychiatrischen Behandlung unterzieht.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift