

Formulir 7

Pemberitahuan Mengenai Keputusan Rawat Inap Paksa

Kepada Bapak/Ibu _____

Tanggal (Hari/Bulan/Tahun): / /

Gubernur _____

1. Surat ini menginformasikan Anda bahwa dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan oleh dokter kesehatan mental yang ditunjuk, kami menganggap perlu untuk mengambil tindakan rawat inap.
2. Rawat inap Anda adalah: (1) Rawat inap paksa sesuai dengan Pasal 29 Undang-Undang tentang Kesehatan Mental dan Kesejahteraan bagi Penyandang Disabilitas Mental (2) Rawat inap Darurat paksa sesuai dengan Pasal 29 ayat 2 Undang-Undang tentang Kesehatan Mental dan Kesejahteraan bagi Penyandang Disabilitas Mental
3. Selama rawat inap, tidak ada pembatasan dalam hal mengirim atau menerima surat atau kartu pos. Namun, jika dicurigai ada benda asing yang berada di dalam surat, kami berhak meminta Anda untuk membukanya di hadapan staf rumah sakit, dan benda asing tersebut akan ditempatkan dalam pengawasan rumah sakit.
4. Selama rawat inap, tidak ada pembatasan dalam panggilan telepon atau pertemuan dengan karyawan lembaga administrasi yang membela hak asasi manusia atau pengacara yang mewakili Anda, serta pertemuan dengan pengacara yang akan mewakili atas permintaan Anda atau keluarga, dll. Namun, panggilan telepon dan pertemuan dengan orang lain akan dibatasi sementara waktu oleh dokter tergantung pada kondisi medis Anda.
5. Perilaku Anda mungkin akan dibatasi jika diperlukan untuk tujuan perawatan Anda.
6. Jika Anda memiliki pertanyaan atau kekhawatiran, silakan berbicara langsung dengan staf rumah sakit. Jika Anda masih tidak puas dengan rawat inap atau perawatan Anda, Anda atau keluarga Anda, dll dapat mengajukan petisi kepada Gubernur prefektur untuk memberi perintah agar mengeluarkan Anda dari rumah sakit atau melakukan perbaikan pada perawatan Anda. Jika Anda ingin mempelajari lebih lanjut tentang opsi ini, silakan berbicara dengan staf rumah sakit atau hubungi kontak berikut.

Informasi kontak untuk Gubernur Prefektur (termasuk nomor telepon)
--

7. Harap fokus pada perawatan Anda sesuai dengan kebijakan perawatan rumah sakit.
8. Jika Anda tidak puas dengan keputusan ini, Anda dapat meminta pemeriksaan oleh Kementerian Kesehatan, Tenaga kerja dan Kesejahteraan dalam kurun waktu 3 bulan setelah hari diberitahukannya keputusan. (Harap diperhatikan, bahkan jika permintaan dibuat dalam kurun waktu 3 bulan setelah hari diberitahukannya keputusan, pemeriksaan tidak dapat diminta lebih dari 1 tahun setelah hari keputusan dibuat.)
9. Anda dapat mengajukan gugatan untuk mencabut keputusan dengan Prefektur sebagai tergugat (dalam gugatan tersebut, Gubernur prefektur yang akan menjadi perwakilan dari

Prefektur) dalam kurun waktu 6 bulan setelah hari diberitahukannya keputusan. (Harap diperhatikan, bahkan jika tindakan diambil dalam kurun waktu 6 bulan setelah hari diberitahukannya keputusan, gugatan untuk mencabut keputusan tidak dapat diajukan apabila lebih dari 1 tahun setelah hari keputusan dibuat.) Selain itu, jika permintaan pemeriksaan dilakukan dalam kurun waktu 3 bulan setelah hari diberitahukannya keputusan, Anda dapat mengajukan gugatan untuk mencabut keputusan dalam kurun waktu 6 bulan setelah hari menerima pemberitahuan mengenai keputusan yang dibuat atas permintaan tersebut. (Harap diperhatikan, bahkan jika tindakan diambil dalam kurun waktu 6 bulan setelah hari menerima pemberitahuan mengenai keputusan atas permintaan pemeriksaan, gugatan untuk mencabut keputusan tidak dapat diajukan jika lebih dari 1 tahun setelah hari keputusan tersebut dibuat atas permintaan.)