

ערעור על החלטת ועדה פסיכיאטרית

1. פרטי המערער

| | | | |
|-----------------|--|-----------------|--|
| שם מלא: | | מס' זהות (חובה) | |
| כתובת: | | מס' טלפון: | |
| מס' טלפון נייד: | | | |

נגד

2. פרטי המשיבים

| מס' זיהוי | מס' טלפון/נייד | כתובת/דוא"ל |
|-----------|----------------|---------------------------------------|
| | | היועץ המשפטי לממשלה ע"י פרקליטות מחוז |
| | | הפסיכיאטר המחוזי |
| | | בית החולים (מקום אשפוז) |

ערעור על החלטת ועדה מיום _____
התאריך שבו הגיעה החלטת הועדה למערער: _____
המספר הסידורי של תיק הועדה: _____
הסעד המבוקש: _____

נימוקים:

*יש לצרף את פרוטוקול הוועדה

שם וחתימת המבקש/ת

תאריך

את הערעור יש להגיש בכתב ברור וקריא