

Schlechte Erfahrungen mit folgenden
Medikamenten (Nebenwirkungen):

In der akuten Krise helfen mir folgende
alternative Arzneimittel bzw. alternative
Behandlungsformen:

Krankenkasse:

bevorzugt behandelndes Krankenhaus:
Anschrift:

Behandlungsvereinbarung wurde mit
dem Krankenhaus abgeschlossen: ja

Eine psychiatrische Willenserklärung
und eine Vorsorge-Vollmacht liegt
dem Vormundschaftsgericht vor: ja

Patientenverfügung liegt vor: ja

Bestehende gesetzliche Betreuung: ja
vertreten durch:

Name:

Telefon:

Krisenpass



*für Menschen mit psychischen
Vor-Erkrankungen*

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ:

Geburtsdatum:

Herausgegeben von der
Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener e.V. Essen
Postfach 10 33 19, 45033 Essen

Folgende Personen
sollen im Krisenfall
bzw. bei Hilflosigkeit
sofort benachrichtigt
werden:



Name:

Telefon:

Name:

Telefon:

Name:

Telefon:

Eigene Bemerkungen:

Weitere Erkrankungen:

Blutgruppe falls bekannt:

Aktuelle Medikation

Datum: Medikamente und Dosierung:

Aktuelle Medikation

Datum: Medikamente und Dosierung:

Datum: Medikamente und Dosierung:

Datum: Medikamente und Dosierung:

Durch meine Unterschrift bestätige ich
die genannten Angaben:

Stempel des/der behandelnden Arztes/Ärztin