

Im Krisenfall bitte benachrichtigen:

Rechtlicher Betreuer/Vorsorgebevollmächtigter
(mit Telefonnummer):

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

Behandelnder Facharzt/Hausarzt
(mit Telefonnummer):

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

Im Krisenfall bitte benachrichtigen:

Beratung bzw. betreute Wohnform (z. B. Sozialpsychia-
trischer Dienst, Betreutes Wohnen in eigener Wohnung,
in WG oder „Heim“) (mit Name und Telefonnummer):

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

Ambulante Psychotherapie oder Soziotherapie
(mit Telefonnummer):

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

Im Krisenfall bitte benachrichtigen:

Außerdem folgende Personen (z. B. Angehörige,
Nachbarn, Vertrauenspersonen) (mit Telefonnummer):

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

Patientenverfügung, Behandlungsverein-
barung o. ä. liegt vor bei (Name und Telefonnummer):

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



Lindwurmstraße 129 e | 80337 München | www.netz-m.de
Beschwerde- und Beratungsstelle KOMPASS
allgemeine Beratung 089 - 50006365 | Frauenberatung 089 - 44133106

Krisenpass
für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Krankenkasse

Telefonnummer des psychiatrischen Krisendienstes:

.....

.....

Datum, Unterschrift Krisenpassinhaber(in)

Im Krisenfall sind erfahrungsgemäß folgende Maßnahmen hilfreich:

Medikation:

.....

Selbstsorge (z. B. Rückzug, Begleitung, Spaziergang, ein Bad nehmen, „Skills“)

.....

.....

.....

.....

Diese Maßnahmen sind erfahrungsgemäß nicht hilfreich:

Medikation:

.....

.....

Sonstiges:

.....

.....

Verordnete Medikamente

Datum

Medikamente und Dosierung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

Medikamente und Dosierung:

.....

.....

.....

.....

.....

Erkrankungen (körperliche, seelische), Allergien, spezielle Behandlungswünsche etc.:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sollte ich im Krisenfall eine Behandlung ablehnen, bitte folgendes versuchen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Es sind Kinder / Angehörige zu versorgen:

Name/n, Geburtsjahr/e:

.....

Haustier zu versorgen: