

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

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

Verordnete Medikamente

Datum

Medikamente und Dosierung:

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

Datum

Medikamente und Dosierung:

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



**NETZWERK
PSYCHIATRIE**

MÜNCHEN E.V.

Lindwurmstraße 129 e | 80337 München
Tel. 089 – 38 46 20 72 | www.netz-m.de

Krisenpass
für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung

Name

Geburtsdatum

Anschrift

.....

Krankenkasse

Telefonnummer des psychiatrischen Krisendienstes:

.....

.....

Datum, Unterschrift Krisenpassinhaber(in)

Rechtlicher Betreuer/Vorsorgebevollmächtigter
(mit Telefonnummer):

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

Behandelnder Facharzt/Hausarzt:

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

Folgende Personen sollen im Krisenfall
benachrichtigt werden (mit Telefonnummer):

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

**Im Krisenfall ist erfahrungsgemäß
folgende Medikation hilfreich:**

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

**Bisher schlechte Erfahrungen mit
folgenden Medikamenten:**

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

Patientenverfügung, Behandlungs-
vereinbarung o. ä. liegt vor bei:

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

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

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

Es sind Kinder / Angehörige zu versorgen:

Geburtsjahr/e:

Haustier zu versorgen: