

## Verordnete Medikamente

Datum:

Medikamente und Dosierung

.....

.....

.....

.....

.....

## Verordnete Medikamente

Datum:

Medikamente und Dosierung:

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:

Medikamente und Dosierung

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:

Medikamente und Dosierung:

.....

.....

.....

.....

.....



Team

Gemeindepsychiatrie

Region Hannover

## Krisenpass

für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung

Erstelldatum .....

Name .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

.....

Krankenkasse .....

.....

Unterschrift Krisenpassinhaber(in)

Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund

Tel.: (05 11) 6 16 - 44 7 63

Weinstraße 2, 30171 Hannover

Folgende Personen sollen im  
Krisenfall benachrichtigt werden:  
(an Telefonnummer denken!)

.....

.....

.....

.....

Rechtliche(r) BetreuerIn  
(Aktenzeichen, Aufgabenkreis)  
Vorsorgevollmacht

.....

.....

.....

Behandelnde(r) Facharzt / -ärztin bzw.  
Hausarzt /-ärztin oder Beratungsstelle

.....

.....

.....

.....

Im Krisenfall ist erfahrungsgemäß  
folgende Medikation hilfreich:

.....

.....

.....

.....

.....

Bisher schlechte Erfahrungen mit  
folgenden Medikamenten:

.....

.....

.....

.....

.....

**Besonderes:**  
(z.B. gesundheitliche Einschränkungen, so-  
matische Erkrankungen, Allergien usw. oder  
eigene Wünsche an die Behandlung bzw. ge-  
wünschte Station bei stationärer Aufnahme)

.....

.....

.....

.....

Eine Behandlungsvereinbarung o. ä.  
liegt folgender Einrichtung vor:

.....

.....

.....

.....