

## Verordnete Medikamente

Datum:

Medikamente und Dosierung

---

---

---

Datum:

Medikamente und Dosierung

---

---

---

## Verordnete Medikamente

Datum:

Medikamente und Dosierung:

---

---

---

Datum:

Medikamente und Dosierung:

---

---

---

Team

Gemeindepsychiatrie



Region Hannover

## Krisenpass

für Menschen mit Psychiatrie - Erfahrung

Erstelltdatum .....

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!)

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

Im Krisenfall ist erfahrungsgemäß folgende Medikation hilfreich:

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

Rechtliche(r) BetreuerIn  
(Aktenzeichen, Aufgabenkreis)  
Vorsorgevollmacht

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

Bisher schlechte Erfahrungen mit folgenden Medikamenten:

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

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

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

**Besonderes:**  
(z.B. gesundheitliche Einschränkungen, somatische Erkrankungen, Allergien usw. oder eigene Wünsche an die Behandlung bzw. gewünschte Station bei stationärer Aufnahme)

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

Eine Behandlungsvereinbarung o.ä.  
liegt folgender Einrichtung vor:

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