

Verordnete Medikamente

Datum:

Medikamente und Dosierung

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

Verordnete Medikamente

Datum:

Medikamente und Dosierung:

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

Datum:

Medikamente und Dosierung

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

Datum:

Medikamente und Dosierung:

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

Sozialpsychiatrischer
Dienst



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

Peiner Straße 4, 30519 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:

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