

Datum:

Diagnose(n):

Datum:

Medikation & Dosis:

Datum:

Medikation & Dosis:

Krisenpass

Für Menschen, die ein erhöhtes Risiko haben, schwere psychische Krisen zu erleben

Die Anweisungen in diesem Pass sind bei meiner Behandlung unbedingt zu beachten!

Name _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____

Datum, Unterschrift

bipolaris Manie & Depression Selbsthilfevereinigung
Berlin-Brandenburg e. V.

www.bipolaris.de - bipolaris@bipolaris.de

Möglichst Praxisstempel, Unterschrift des Arztes

Es existieren:

- Vorsorgebevollmächtigter
- Gesetzlicher Betreuer
- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung
- Behandlungsvereinbarung

Handy und Adresse nicht vergessen

Datum:

Medikation & Dosis:

Datum:

Medikation & Dosis:

Möglichst Praxisstempel, Unterschrift des Arztes

Möglichst Praxisstempel, Unterschrift des Arztes

In einer schweren psychischen Krise ist für mich erfahrungsgemäß hilfreich:
Wie sollten sich die Fachleute verhalten, was hilft zur Beruhigung, Notfall-Medikation...

Manie / Psychose

Depression / Angst

Version: 06/2017

Hrsg: bipolaris e.V., Tegeler Weg 4, 10598 Berlin

Folgendes auf keinen Fall tun:
Wodurch verstärkt sich die Symptomatik, wodurch wird die Beziehung zu Profis erschwert, welche Medikamente nicht...

Weitere wichtige Informationen:
z.B. Kinder- oder Haustierversorgung, andere Verpflichtungen, weitere Erkrankungen, Allergien...

Folgende Vertrauensperson(en) sollen im Krisenfall benachrichtigt werden:
1.)

Er/Sie soll bei wichtigen, mich betreffenden Entscheidungen einbezogen werden

2.)

Er/Sie soll bei wichtigen, mich betreffenden Entscheidungen einbezogen werden

Handy und Adresse nicht vergessen

Bitte folgenden Therapeuten benachrichtigen
 Er/Sie ist in die Behandlung einzubeziehen

Bitte folgenden Arzt benachrichtigen
 Er/Sie ist in die Behandlung einzubeziehen

Möglichst Praxisstempel, Unterschrift des Arztes