2. Bisher schlechte Erfahrungen gemacht mit folgenden Medikamenten:

.....

.....

.....

Ich verweise auf meine Behandlungsvereinbarung vom:

.....

Bestätigung durch den Arzt
Durch meine Unterschrift bestätige ich die oben genannten Erfahrungen:

.....

☐ **Vorsorgevollmacht**
☐ **Betreuungsverfügung**
☐ **Patientenverfügung** oder
☐ **Behandlungsvereinbarung** liegt vor bei:

.....

.....

.....

.....

Medikation im Krisenfall

1. Im Krisenfall ist erfahrungsgemäß folgende Medikation hilfreich:

.....

.....

.....

.....

Folgende Personen sollen im Krisenfall benachrichtigt werden
(Telefonnummern nicht vergessen)

.....

.....

.....

☐ Vorsorgebevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer

.....

.....

☐ Wegen der Betreuung meines Kindes/ meiner Kinder bitte folgende Person informieren:

.....

.....

Herausgeber:
Gemeindepsychiatrischer Verbund der Stadt Bochum
c/o Diakonie Ruhr, Geschäftsstelle, Westring 26, 44787 Bochum

Krisenpass

für Menschen mit psychischer Erkrankung

Name: .....

.....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

.....

.....

Krankenkasse: .....

.....

Aktuelle Medikation

Datum: .....

Medikamente und Dosierung:
(Verordnender Arzt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Arztstempel und Unterschrift)
Weitere Verordnungen bitte auf separatem Blatt eintragen und entsprechend zum Krisenpass beifügen!

Datum: .....

Medikamente und Dosierung:
(Verordnender Arzt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Arztstempel und Unterschrift)

Datum: .....

Medikamente und Dosierung:
(Verordnender Arzt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Arztstempel und Unterschrift)

Besonderes

(z.B. eigene Wünsche an die Behandlung, weitere Erkrankungen, Allergien usw.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ Versorgung von Haustieren

.....

.....