

8. Typische Verhaltensweisen/Symptome/
frühzeitige Anzeichen:

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

9. In einer akuten Krise hilft mir:

.....
.....

10. In einer akuten Krise schadet mir:

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

11. Patientenverfügung vorhanden:

Ja Nein

12. Behandelnde Ärzt*innen/Kliniken:
Namen, Adressen und Telefonnummern!

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

13. Vorsorgebevollmächtigte*r/gesetzliche
Betreuung/zuständige*r Sozialarbeiter*in:

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

14. Auf jeden Fall zu beachten ist:

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



Caritasverband für den Landkreis Kelheim e.V.
Sozialpsychiatrischer Dienst
Pfarrhofgasse 1 • 93309 Kelheim
09441/50 07 26 • caritas-kelheim.de

Krisenpass

für Menschen mit psychischen
Erkrankungen

Vorname, Name:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Versicherungs-Nr.:

Ort, Datum

Unterschrift

1. Körperliche und seelische Erkrankungen:

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

2. Aktuelle Medikation:

Medikament:

Dosierung:

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

3. Bedarfsmedikation im Krisenfall:

Medikament:

Dosierung:

.....
.....

4. Folgende Medikamente vertrage ich nicht:

.....
.....

5. Sollte ich im akuten Krisenfall vom
Fachpersonal verordnete Medikamente
ablehnen, bitte folgendes versuchen:

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

6. Folgende Person(en) soll(en) im Notfall
benachrichtigt werden:

Namen, Adressen und Telefonnummern!

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

7. Im Notfall zu regeln:

Wegen Betreuung meines(r) Kindes(r)
bitte folgende Person(en) informieren:

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

Wegen Versorgung meiner(s)
Haustiere(s) bitte folgende Person(en)
informieren:

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

Wegen zu pflegenden Angehörigen bitte
folgende Person(en) informieren:

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