

<p>Aktuelle Medikation: Datum: Medikamente und Dosierung:</p>	<p>Datum: Medikamente und Dosierung:</p>	<p>Krisenpass für Menschen mit psychischen Störungen</p> <p>Name:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Krankenkasse:</p> <p>Unterschrift:</p>
<p>Verordnender Arzt (Stempel und Unterschrift)</p> <p>Datum: Medikamente und Dosierung:</p> <p>Verordnender Arzt (Stempel und Unterschrift)</p>	<p>Verordnender Arzt (Stempel und Unterschrift)</p> <p>Datum: Medikamente und Dosierung:</p> <p>Verordnender Arzt (Stempel und Unterschrift) Weitere Verordnungen auf separatem Blatt eintragen</p>	

<p>Folgende Personen sollen im Krisenfall benachrichtigt werden: (Tel.-Nummer nicht vergessen!)</p> <p>Eine Behandlungsvereinbarung o. ä. liegt folgender Einrichtung vor:</p>	<p>Im Krisenfall ist erfahrungsgemäß folgende Medikation hilfreich:</p> <p>Bisher schlechte Erfahrungen mit folgenden Medikamenten:</p> <p>Durch meine Unterschrift bestätige ich die oben genannten Erfahrungen: (Vom Arzt auszufüllen)</p>	<p>Besonderes: (z. B. gesundheitliche Einschränkungen, somatische Erkrankungen, Allergien usw. oder eigene Wünsche an die Behandlung usw.)</p> <p>Herausgegeben vom Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e. V. Am Grenzgraben 4, 63067 Offenbach Telefon und Fax 069-883004 www.angehoerige-hessen.de E-Mail: info@angehoerige-hessen.de</p> <p>Mit freundlicher Unterstützung der DAK Unternehmen Leben</p>
--	--	---