

Datum:
Medikamente und Dosierung:

Datum:
Medikamente und Dosierung:

Kontakt

Thomas Fraaß
Verein MUT zu Veränderung
Magdeburger Allee 4
99084 Erfurt

info@mut-zu-veraenderung.de
01577 0776478



KRISENPASS

für Menschen mit
psychischer Erkrankung

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Krankenkasse:

Folgende Personen sollen im Krisenfall benachrichtigt werden:

Im Krisenfall ist erfahrungsgemäß folgende Medikation hilfreich:

Besonderes:

Eine Behandlungsvereinbarung o.ä. liegt folgender Einrichtung vor (Anschrift, Telefon):

Bisher schlechte Erfahrungen mit folgenden Medikamenten:

Durch meine Unterschrift bestätige ich die oben genannten Erfahrungen (vom Arzt auszufüllen).

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift