

Krisen- und Notfallplan

Wichtige (kostenlose und bundesweite)

Telefonnummern für Notfälle:

Rettungsdienst: 112

Polizei: 110

Telefonseelsorge: 0800 1110111 oder 0800 1110222

Allgemeine Angaben:

Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Adresse:

Diagnose:

Inhalt meiner Notfalltasche:

- Eine Kopie bzw. Version des Krisenplans
- Kleidung für ein paar Tage, Schlafsachen, Zahnputzzeug, Seife, ein Handtuch
- Ggf. einen Gegenstand, der Ihr Wohlfühl fördert (Kissen, Kopfhörer oder ein gutes Buch)
- Ggf. Geld für Fahrkosten

Telefonnummern meiner wichtigen Kontakte (z.B.: Angehörige, Freund*innen, Sozialarbeiter*innen, Betreuer*innen)

Art der Beziehung	Name	Adresse	Telefonnummer
Hausarzt/ Hausärztin			
Psychiater*in			
Psychotherapeut*in			
Betreuer*in			
Sozialpsychiatrischer Dienst / örtliches Gesundheitsamt			
Selbsthilfegruppe			

Kliniken, in denen ich bereits behandelt wurde:

Name der Klinik:

Adresse:

Telefonnummer:

Name der Klinik:

Adresse:

Telefonnummer:

Medikamente, die ich zurzeit nehme (Hinweis: Vergessen Sie nicht, die Angaben in Falle einer Umstellung der Medikation anzupassen):

Medikament	Dosierung morgens	Dosierung mittags	Dosierung abends	Dosierung nachts	Notfalldosierung
------------	----------------------	----------------------	---------------------	---------------------	------------------

(Früh-)Warnzeichen:

So fühle ich mich, wenn es mir gut geht:

So fühle ich mich, wenn es mir schlecht geht und ich Unterstützung benötige:

Die folgenden Zeichen oder Handlungen zeigen an, dass ich nicht mehr in der Lage bin, alleine Entscheidungen zu treffen, alleine Verantwortung für mich zu tragen oder adäquate Entscheidungen zu fällen:

Angaben zur Behandlung und Unterstützung:

Diese Personen sollen mich unterstützen:

Wenn es mir richtig schlecht geht, möchte ich, dass die folgenden Menschen Entscheidungen für mich treffen können, damit ich eine adäquate Behandlung bekomme.

Name	Telefonnummer	Handynummer

Personen, die nicht beteiligt werden sollen:

Ich möchte nicht, dass folgende Personen beteiligt sind an meiner Versorgung und Behandlung:

Bevorzugte Medikation / warum:

Akzeptable Medikation / warum:

Unakzeptable Medikation / warum:

Ambulante Hilfen / Möglichkeiten zuhause:

Bevorzugte Behandlungseinrichtung / warum:

Unakzeptable Behandlungseinrichtung / warum:

Was ich mir von meinen Unterstützer*innen wünsche, wenn es mir schlecht geht:

Was ich von meinen Unterstützer*innen nicht wünsche, wenn es mir schlecht geht:

Was meine Unterstützer*innen tun sollen, wenn ich in eine Gefahr für mich oder andere darstelle:

Dinge die andere für mich tun sollen:

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.

Personen, die diese Dinge für mich tun können:

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.

Wie ich Streitigkeiten / Widersprüche mit meinen Unterstützer*innen beilegen möchte:

Ich gebe meinen Unterstützer*innen die Erlaubnis, meine Behandlung zu besprechen und zu verhandeln und Pläne zu machen, um mich in meiner Genesung zu unterstützen;

Ja:

Nein:

Merkmale dafür, dass es mir gut genug geht, meine Entscheidungen zu treffen:

Weitere Angaben und Hinweise:

Ich habe dieses Dokument gemeinsam mit den Personen vervollständigt, denen ich vertraue, dass sie meine Wünsche Ausführen.

Person	Unterschrift und Datum:
Klient*in	
Betreuer*in	
Unterstützer*in	
Zeug*in	