
Unterschrift Passinhaber/Inhaber:
Der Patientinnen- und Patientenpass wurde
abgefasst mit:

Name: _____

Straße: _____

PLZ; Ort: _____

Telefon: _____

Unterschrift

www.psb-f-bamberg.de



Angaben zur aktuellen Medikation Regelmäßig eingenommene Medikamente

Name: _____

Dosis: _____

Name: _____

Dosis: _____

Name: _____

Dosis: _____

Name: _____

Dosis: _____

Name: _____

Dosis: _____

Folgende Medikamente vertrage ich erfahrungsgemäß nicht

Name: _____

Symptome/Nebenwirkungen:

Name: _____

Symptome/Nebenwirkungen:

Name: _____

Symptome/Nebenwirkungen:

Patientinnen- und Patienten-Pass Krisen-Checkliste



Name: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ; Ort: _____

Telefon: _____

Datum: _____

**Wer ist zu informieren?
Vertrauensperson**

Name: _____

Straße: _____

PLZ; Ort: _____

Telefon: _____

**Gesetzlicher Betreuer/Betreuerin
oder Vorsorgebevollmächtigter**

Name: _____

Straße: _____

PLZ; Ort: _____

Telefon: _____

Wegen der Betreuung meines Kindes/meiner Kinder

Name: _____

Straße: _____

PLZ; Ort: _____

Telefon: _____

**Ambulante Therapeutinnen/Therapeuten,
behandelnde Ärztinnen/Ärzte**

Name: _____

Telefon: _____

Name: _____

Telefon: _____

Name: _____

Telefon: _____

**Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung/
Behandlungsvereinbarung liegt vor bei**

Name: _____

Straße: _____

PLZ; Ort: _____

Telefon: _____

**Angaben zur Erkrankung
Körperliche und Seelische Erkrankungen**

In akuten Krisen geht es mir erfahrungsgemäß (z.B. ich habe große Angst, Schlafe nicht)

In einer akuten Krise hilft mir erfahrungsgemäß

- ruhige Atmosphäre
- Gespräche
- Nicht alleine gelassen werden
- _____
- _____
- _____
- _____

In einer akuten Krise hilft mir erfahrungsgemäß folgende Medikation
