

12. Meine Erklärung

Ich habe diesen Krisenpass freiwillig erstellt.

Er soll meine Selbstbestimmung stärken und als Orientierung für Helfende dienen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis

Dieser Krisenpass hilft, mich besser zu unterstützen. Bitte bei sich tragen oder einer Vertrauensperson geben.



Kontakt:

Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrer RLP e.V.

Robert Jacobs

06132 – 579 7766 • info@shpe-rlp.de

www.shpe-rlp.de

Mein Krisenpass

für seelische Notfälle (Rheinland-Pfalz)

Dieser Krisenpass dient dazu, meine Wünsche, Bedürfnisse und Ansprechpartner für den Fall einer seelischen Krise oder eines psychiatrischen Notfalls festzuhalten. Er soll dabei helfen, mich im Sinne meiner Selbstbestimmung zu unterstützen.

Rechtliche Grundlage u. a.:

§ 1827 BGB (**Beachtung des Patientenwillens**),

§ 1901a BGB (**Patientenverfügung**),

UN-Behindertenrechtskonvention,

Landesgesetz Rheinland-Pfalz über Hilfen bei psychischen Erkrankungen (**PsychKHG RLP**).

1. Meine Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: __.__.____

Adresse: _____

Telefon: _____

2. Wen bitte zuerst informieren

Vertrauensperson 1:  

Name: _____

Telefon: _____

Vertrauensperson 2:  

Name: _____

Telefon: _____

Ärztin / Arzt oder Einrichtung:  / 

Name: _____

Telefon: _____

3. Wichtige Infos zu mir

Ich habe folgende seelische oder gesundheitliche Probleme: (freiwillige Angabe)

Ich nehme diese Medikamente: (Name, Menge)

Ich habe Allergien oder vertrage manches nicht:

4. So merkt man, dass es mir schlecht geht

Zum Beispiel:

- ☐ Ich ziehe mich zurück
- ☐ Ich schlafe schlecht
- ☐ Ich bin sehr ängstlich
- ☐ Ich bin sehr unruhig
- ☐ Anderes: _____

5. Das hilft mir in einer Krise

Mir hilft besonders:

- ☐ Ruhe
- ☐ ein Gespräch
- ☐ eine bestimmte Person
- ☐ frische Luft oder Bewegung
- ☐ Musik
- ☐ anderes: _____

Bitte zuerst so vorgehen.

6. Das hilft mir nicht oder macht es schlimmer

Bitte vermeiden Sie:

(z. B. lautes Sprechen, Druck, Nähe, bestimmte Worte):

7. So wünsche ich mir den Umgang mit mir

Bitte sprechen Sie mit mir:

- ☐ ruhig
- ☐ langsam
- ☐ freundlich
- ☐ _____

Bitte erklären Sie mir immer genau, was gerade passiert, und hören Sie mir zu, bis ich ausgeredet habe.

8. Wenn eine Behandlung nötig ist

Ich möchte wenn möglich in diese Klinik oder Einrichtung:

Diese Person soll mich begleiten:

9. Das möchte ich möglichst nicht

Ich wünsche mir, dass folgende Maßnahmen nur im Notfall gemacht werden: (zum Beispiel Festhalten, Zwangsmedikamente)

10. Wichtige rechtliche Hinweise

- ☐ Ich habe eine Patientenverfügung
- ☐ Ich habe eine Vorsorgevollmacht
- ☐ Ich habe eine gesetzliche Betreuung

Name der Person: _____

Telefon: _____

11. Sonst noch wichtig

(zum Beispiel Kinder, Haustiere, Arbeit)
