

Eine Behandlungsvereinbarung liegt folgender Einrichtung vor

Klinik	Krankenhaus	Arzt

Eine Initiative von:



FETZ
Früherkennungs- und Therapiezentrum
für psychische Krisen
Universität Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 9
50924 Köln



JANSSEN-CILAG GmbH
Raiffeisenstraße 8
41470 Neuss

Mat.-Nr. 51800

KRISENPASS



Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Aktuelle Medikamente

Name	Dosierung	verordnender Arzt

Folgende Personen sollen im Krisenfall benachrichtigt werden

Name	Telefonnummer

Im Krisenfall sind erfahrungsgemäß folgende Medikamente hilfreich

Name	Dosierung

Bisher schlechte Erfahrungen wurden mit folgenden Medikamenten gemacht

Name	Dosierung

Durch meine Unterschrift bestätige ich die oben genannten Erfahrungen mit den Medikamenten

Unterschrift des Arztes

Besonderes (eigene Wünsche an die Behandlung, bestehende körperliche Erkrankungen, Allergien)
