

Meine Vertrauenspersonen:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Herausgegeben vom:

Arbeitskreis „Bielefelder Kooperationserklärung
Krisenintervention“
www.bielefeld.de/node/6102

Meine Ansprechpartner/innen:

| | |
|--------------------------------|--|
| Ambulante Eingliederungshilfe: | |
| | |
| | |
| Gesetzliche Betreuung: | |
| | |
| Krisendienst: | |
| | |
| Sozialpsychiatrischer Dienst: | |
| | |
| | |

Weitere Ansprechpartner/innen:

| | |
|----------------------|--|
| Ärztlich: | |
| | |
| | |
| | |
| Psychotherapeutisch: | |
| | |
| | |
| | |
| Klinik: | |
| | |
| | |

Mein Krisenplan

(Ich bitte um Berücksichtigung
in psychischen Krisen)

| |
|--------------------|
| Name: |
| Vorname/n: |
| Geburtsdatum: |
| Straße/Hausnummer: |
| Plz/Wohnort: |
| Telefon: |



