

# Gemeinsamer Krisenplan

(Nach spätestens 2 Jahren sollte der Krisenplan überprüft werden)



Name:

Vorname:

Beteiligte/r  
Mitarbeiter/in:

Gesetzlicher  
Betreuer/in:

erstellt am:

Die/der gesetzliche Betreuer/in  
soll über den Krisenplan  
informiert werden.

Eine Behandlungsvereinbarung liegt vor  ja  nein

## 1. Persönliche Belastungsfaktoren und Situationen, die Krisen auslösen können:

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_

## 2. Frühwarnzeichen beachten!

Meine wichtigsten Frühwarnzeichen sind:

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_

## 3. Schutzmaßnahmen ergreifen, für Entlastung sorgen!

Im Falle einer Krise will ich folgende Maßnahmen treffen:

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

## 4. Kontaktaufnahme zu einer Vertrauensperson aus dem privaten Umfeld:

a. Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

b. Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

c. Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## 5. Kontaktaufnahme zu einer professionellen Ansprechpartnerin/einem Ansprechpartner:

a. Name/Dienststelle: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

b. Name/Dienststelle: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

c. Name/Dienststelle: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Dieser Krisenplan darf im Falle einer Krise an den  
Sozialpsychiatrischen Dienst weitergegeben werden  ja  nein

.....  
(Unterschrift der/des Betroffenen)

.....  
(Unterschrift Mitarbeiter/in  
der Einrichtung/des Dienstes)