

NOODPLAN MANIE¹

Naam:

Geb. datum: - -

Adres:.....Tel:.....

Betrokkene (1):

Adres:.....Tel:.....

Betrokkene (2):

Adres:.....Tel:

Behandelaar:

Adres:.....Tel.:

Belastende (sociale) omstandigheden

- 1.
- 2.

Vroege signalen (hypo)manie

Wat merk ik zelf?

- 1.
- 2.
- 3.

Wat merkt een ander?

- 1.
- 2.
- 3.

Actieplan bij (hypo)manie

Wat doe ik zelf?

- 1.
- 2.

Medicijn 1:

Medicijn 2:

Wat doet een ander?

- 1.
- 2.

Gebruiksadvies:

Gebruiksadvies:

Signalen ernstige manie

Wat merk ik zelf?

- 1.
- 2.
- 3.

Wat merkt een ander?

- 1.
- 2.
- 3.

Actieplan bij ernstige manie

Wat doe ik zelf?

- 1.
- 2.

Medicijn 1:

Medicijn 2:

Wat doet een ander?

- 1.
- 2.

Gebruiksadvies:

Gebruiksadvies:

Wat kan/mag ..(naam) doen

Naam 1:

Naam 2:

Wat wil ik dat ..(naam) doet?

1.

2.

Overige aandachtspunten

Opgesteld

Datum:

Handtekeningen
(Hulpverlener)

.....
(Betrokkene)

Kopieën huisarts crisisdienst

¹ Ontwerp Altrecht GGZ – Versie LithiumPlusWerkgroep 2001 – www.antenna.nl/lithium – .html-versie (bij verspreiding van deze formulieren gaarne deze bronvermelding)