

NOODPLAN DEPRESSIE¹

Naam:

Geb. datum: - - Adres: Tel.:

Betrokkene (1): Adres: Tel.:

Betrokkene (2): Adres: Tel.:

Behandelaar: Adres: Tel.:

Belastende (sociale) omstandigheden

- 1.
- 2.

Vroege signalen depressie

Wat merk ik zelf?

- 1.
- 2.
- 3.

Wat merkt een ander?

- 1.
- 2.
- 3.

Actieplan bij depressie

Wat doe ik zelf?

- 1.
- 2.

Medicijn 1:

Medicijn 2:

Wat doet een ander?

- 1.
- 2.

Gebruiksadvies:

Gebruiksadvies:

Signalen ernstige depressie

Wat merk ik zelf?

- 1.
- 2.
- 3.

Wat merkt een ander?

- 1.
- 2.
- 3.

Actieplan bij ernstige depressie

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)