



Mein persönlicher Lotsen*innen-Pass

Name: _____

Region/Klinik: _____

Kooperationspartner in der Klinik:

A Frau/Herr: _____

Telefon: _____

B Frau/Herr: _____

Telefon: _____

Meine persönlichen Stärken als Lotse*in:

Ich kann gut: _____

Besondere Stärken von mir sind:

Andere finden gut an mir: _____

Meine persönlichen Stolpersteine/Risiken als Lotse*in:

Ich gerate an meine Grenzen, wenn _____

Ich bekomme Angst, wenn _____

Ich muss aufpassen, wenn _____

Meine „Sicherheiten“:

Wen rufe ich an, wenn ich an meine Grenzen komme?

Mein*e persönliche*r Lotse*in: _____

Selbsthilfegruppe: _____

Familie/Freunde: _____



Institution (Klinik, Arzt usw.)

Sonstige:

Was mache ich, wenn ich an meine Grenzen komme (Rituale, Ablenkungen, Tätigkeiten, „Rettungsanker“, Entspannungsübungen...)?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Mit wem tausche ich mich über meine Lotsentätigkeit und die Erfahrungen, die ich dort mache, aus?

1. _____

2. _____

3. _____

Weitere wichtige Telefonnummern in meinem Einzugsgebiet:

Polizei: _____ Feuerwehr: _____ Rettungsdienst _____

Sozialpsychiatrischer Dienst: _____

Ärztlicher Notdienst: _____

Suchtberatungsstelle: _____

Schuldnerberatungsstelle: _____

Agentur für Arbeit: _____