

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Art der Anfallserkrankung: _____

Wann war der letzte Anfall und wie häufig treten die Anfälle auf?

Wie läuft ein Anfall in der Regel ab?
(evtl. typische Tageszeiten oder Vorzeichen, Stärke des Anfalls, Folgewirkungen)

Was ist besonders zu beachten/zu tun?

Werden bei einem Anfall Notfallmedikamente verabreicht? ja nein

Wenn ja, benötigen wir dafür eine aktuelle ärztliche Anordnung.

Datum, Unterschrift Kunde/in / gesetzl. Betreuung