

**NOTFALLBOGEN für Kunden
der Offenen Hilfen, Lebenshilfe e.V. Augsburg**

Name, Vorname, Geb. Datum _____

Anfallspatient JA kein Anfallsleiden

Allergiker JA _____
welche Allergien liegen vor

Asthmatiker JA kein Asthmatiker

sonstiger Notfall JA _____

Häufigkeit der Anfälle: _____

Art und Dauer der vorangegangenen Anfälle: _____

Notfallmedikament: _____

Notfallmaßnahmen: _____

tägliche Medikation: _____

Notfallnummern

Familie/ Betreuer: _____

Arzt: _____

Krankenhaus: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kunde (ggf. gesetzlicher Vertreter)