

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

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

tägliche Medikation: _____

Häufigkeit der Anfälle: _____

Art der vorangegangenen Anfälle: _____

Notfallmedikament bei epileptischem Anfall:

Notfallmaßnahmen:

Notfallnummern

Familie/ Betreuer: _____

Arzt: _____

Krankenhaus: _____

Ort, Datum

Kunde (ggf. gesetzlicher Vertreter)