

Mein Notfallplan

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____ Telefon: _____
 1. Notfallkontakt: _____ Telefon: _____
 2. Notfallkontakt: _____ Telefon: _____

Anfallsinformationen

Anfallstyp	Was passiert?	Dauer [min]	Wie oft?

Trigger

Tägliche Anfallsmedikation

Medikament	Tagesdosis [mg]	Wann?	Wie? [mg]

Notfallmedikation

Medikament	Dosis [mg]	Wie?	Wann?

Andere Anfallstherapie

Gerätetyp: _____ Modell: _____

Seriennr.: _____ Implantationsdatum: _____

Diättyp: _____ Beginn: _____

Besondere Hinweise: _____

Andere Therapie: _____