

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Art der Epilepsie: _____

aktuell anfallsfrei seit _____

So sind die bisherigen Anfälle abgelaufen:

Notfallmedikament (Name und Dosierung): _____

Verhalten bei Anfällen (inkl. Gabe Notfallmedikament, Notruf, ...):

Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen unverzüglich mitzuteilen und ein neues Infoblatt abzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/ ges. Betreuer

Ort, Datum

Unterschrift Arzt