

# 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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_