

Notfallausweis Dravet-Syndrom

Daten zur Person

Name, Vorname:

Geburtstag:

Gewicht in kg:

Datum der Gewichtsaufnahme:

Für den Notarzt

Aktuelle Medikation:

UNBEDINGT VERMEIDEN:

Zur Anfallsunterbrechung geben:

1.

2.

Besonderheiten:

Notfall-Kontakte

Kontaktperson 1:

Telefonnummer:

Kontaktperson 2:

Telefonnummer:

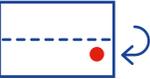
Name des Arztes:

Telefonnummer:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

<p>Zur Anfallsunterbrechung geben:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>Besonderheiten: _____</p>	<p>Gewicht: _____ kg am _____</p> <p>Notfall-Kontakte:</p> <p>Name: _____ Tel.: _____</p> <p>Name: _____ Tel.: _____</p> <p>Arzt: _____ Tel.: _____</p> <p>Krankenkasse: _____</p> <p>Versicherungsnr.: _____</p>
<p>Für den Notarzt, aktuelle Medikation:</p> <p>UNBEDINGT VERMEIDEN:</p>	<p>NOTFALLAUSWEIS</p> <p>Dravet-Syndrom (schwere Epilepsie)</p>  <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p>

1. 
2. 
3. 