

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

1. 
2. 
3. 