

# INFORMASJON OM MIN EPILEPSI

Bilde

Navn: \_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_

Type epilepsi: \_\_\_\_\_

Beskrivelse av anfall: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hvor ofte har jeg anfall: \_\_\_\_\_

Merker jeg på forhånd at anfallet kommer: \_\_\_\_\_

Bruker jeg akuttmedisin? \_\_\_\_\_

Har jeg Instruks for anfallshåndtering? \_\_\_\_\_

Har jeg behov for hvile etter anfallet? \_\_\_\_\_

Informasjon om medisinbehandling: \_\_\_\_\_

Skal det tas noen spesielle hensyn på grunn av epilepsien? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Annen viktig helseinformasjon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## KONTAKTINFORMASJON

Mor: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Far: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Fastlege: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Sykehus/nevrolog: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[Revideres årlig] Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

