

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

Foresatte: _____ Mobil: _____

Foresatte: _____ Mobil: _____

Fastlege: _____ Telefon: _____

Sykehus/nevrolog: _____ Telefon: _____

[Revideres årlig] Dato: _____

Underskrift: _____

