

MIN EPILEPSI



Foto

Elevens navn: _____

Fødselsdato: _____

Type epilepsi: _____

Beskrivelse af anfald: _____

Hvor ofte har eleven anfald: _____

Mærker eleven når et anfald er på vej: _____

Skal eleven have anfaldsbrydende medicin: _____

Er der en instruks for håndtering af elevens anfald: _____

Har eleven behov for at hvile efter et anfald: _____

Skal eleven tage medicin i skoletiden: _____

Skal skolen tage særlige hensyn på grund af epilepsien; hvilke: _____

Anden vigtig information: _____

KONTAKTINFORMATION

Far (navn): _____ Mor: _____ Læge/behandlingssted: _____

Mobil: _____

Opdateret (dato) og Underskrift

INSTRUKS FOR ANFALDSHÅNDBTERING



Foto

Elevens navn: _____

Fødselsdato: _____

Beskrivelse af anfald: _____

Instruks for brugen af anfaldsbrydende medicin: _____

Instruks ved anfald (f.eks. hvad skal der gøres under og efter anfaldet? Hvordan skal det registreres? Skal nogen kontaktes?)

KONTAKTINFORMATION

Far (navn): _____ Mor: _____ Læge/behandlingssted: _____

Mobil: _____

Opdateret (dato) og Underskrift
