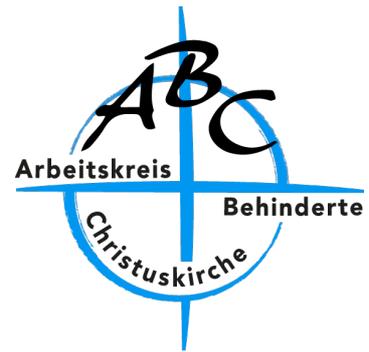


Anlage 1: Epilepsie oder sonstige Anfälle

Gerne können Sie dieses Formular auch am Computer ausfüllen.
Das Dokument finden Sie unter www.abcfreiburg.de



Der Bogen muss vollständig ausgefüllt sein und ist unerlässlich!

Er gilt für das Kalenderjahr:

1. Angaben zur Person

Name: _____

Telefonnummer: der Eltern der gesetzlichen Vertretung

Festnetz: _____ Mobil: _____

Name und Telefonnummer einer Vertretungsperson im Notfall:

2. Allergien

Bestehen Allergien? Nein Ja, _____

Was ist bei einer allergischen Reaktion zu beachten?

Gibt es für die allergischen Reaktionen Notfallmedikamente? Ja Nein

Wann sind diese zu verabreichen? _____

3. Anfälle / Epilepsie

Art der Anfälle: _____

Häufigkeit der Anfälle: mehrmals am Tag bis zu einem Mal im Monat
 mehrmals die Woche weniger als ein Mal im Monat
 bis zu einmal die Woche seltener: _____

Auftreten der Anfälle: nachts tagsüber unterschiedlich

Beschreiben Sie kurz den Ablauf eines Anfalls (in Stichworten):

Was ist während des Anfalls für die Begleitperson zu tun / zu beachten?

Was ist nach dem Anfall für die Begleitperson zu tun / zu beachten?

Gibt es für einen Anfall ein Notfallmedikament? Ja Nein

Wenn ja, welches Notfallmedikament?

Name: _____ Dosierung: _____

Zu welchem Zeitpunkt soll das Notfallmedikament verabreicht werden?

Wie wird das Notfallmedikament verabreicht?

sublingual oral nasal rektal

Ab wann soll der Notarzt gerufen werden?

Hiermit bevollmächtige ich die Begleitpersonen des Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche (ABC) bei einem Notfall das oben aufgeführte Notfallmedikament nach der gegebenen Verordnung und Anweisung an _____ (vollständiger Name), geboren am _____ (Datum), während der Angebote des ABC im oben genannten Kalenderjahr zu verabreichen.

Ort, Datum & rechtsverbindliche Unterschrift

Alle Informationen dienen einer guten Begleitung und Pflege.

Dies ist wichtig, da die Begleitpersonen von Angebot zu Angebot wechseln. Die Informationen werden unseren Begleitpersonen weitergegeben.

Der Bogen muss sorgfältig und korrekt ausgefüllt werden. Sollten sich im Laufe des Jahres Veränderungen ergeben, sind Sie verpflichtet, uns diese sofort mitzuteilen, da ansonsten keine weiteren Haftungen vom Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche übernommen werden können.

Hiermit bestätigen Sie, dass alle Ihre Angaben der Wirklichkeit entsprechen, dieser Anamnesebogen beim Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche aufgehoben und für Angebote an die Begleitpersonen weitergegeben werden darf.

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____

Wir bestätigen, dass alle Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und die Sammlung der Datenbasen den Bestimmungen des DSGVO entsprechen.