

<b>OBA/ FuD Evangelische Jugend Augsburg</b>	<b>Anfallsprotokoll zum Verbleib bei der OBA/FuD</b>
--	--

**Name** des/der zu Betreuenden: .....

**Vorname** des/der zu Betreuenden: .....

Geburtsdatum:.....

Datum:.....                      Uhrzeit:.....                      Anfallsdauer:.....

Situation **vor** und **bei** Anfallsbeginn:.....

.....

.....

Beobachtungen **während** des Anfalls:.....

.....

.....

Beobachtungen **nach** Anfallsende:.....

.....

.....

Notfallmedikamente verabreicht/andere medizinische Maßnahmen veranlasst:

.....

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers