

OBA/FuD Evangelische Jugend Augsburg	<b>Anfallsprotokoll zur Mitgabe an den gesetzlichen          Vertreter</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 MitarbeiterIn/des Mitarbeiters