



FRAGEBOGEN EPILEPSIEAMBULANZ

Persönliche Daten (Aufkleber):	
	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen diesen Fragebogen aus, der einige wichtige Fragen zu Ihrer Vorgeschichte stellt.

Bitte bringen Sie bei jedem zukünftigen Besuch Ihre Krankenversicherungskarte und zusätzlich einen gültigen Überweisungsschein pro Quartal mit.

Ihre behandelnde Ärzte außerhalb der Klinik sind:

Hausarzt:

.....
.....
.....

Neurologe/Nervenarzt:

.....
.....
.....

Zur bisherigen Krankengeschichte

1. Wie alt waren Sie im Rückblick bei Ihrem **ersten** Anfall? Jahre

2. Wurde bereits eine **Ursache** Ihrer Anfälle diagnostiziert?

Nein Ja (z.B. Tumor, Kavernom, Hippokampussklerose, Auffälligkeit im Kernspin, Vor-Erkrankung?)

Wenn ja, bitte benennen:

3. **Wie häufig** haben Sie **zur Zeit** Anfälle (pro Monat/Woche/Tag) ?

Letzter Anfall am:..... Ich habe derzeit keine Anfälle

4. Welche **Medikamente** nehmen Sie **zur Zeit** (und in welcher **Dosierung**)?

Bitte alle Medikamente nennen

5. Welche **Medikamente gegen Anfälle** haben Sie bereits eingenommen?

Bitte so gut als möglich angeben, ggf. zuhause bei Angehörigen / Arzt nochmals nachfragen

Die **fett** gedruckten Begriffe nennen Wirkstoffe, die darunter aufgeführten Namen nennen gängige Präparate

Carbamazepin <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Finlepsin <input type="checkbox"/> Fokalepsin <input type="checkbox"/> Sirtal <input type="checkbox"/> Tegretal <input type="checkbox"/> Timonil	Phenobarbital <input type="checkbox"/> Falilepsin <input type="checkbox"/> Lepinal/-etten <input type="checkbox"/> Luminal/-etten <input type="checkbox"/> Maliasin <input type="checkbox"/> Phenaemal	Phenytoin <input type="checkbox"/> Phenytoin <input type="checkbox"/> Epanutin <input type="checkbox"/> Phenhydan <input type="checkbox"/> Phenytoin <input type="checkbox"/> Zentropil	Primidon <input type="checkbox"/> Lepsiral <input type="checkbox"/> Liskantin <input type="checkbox"/> Mylepsinum <input type="checkbox"/> Resimatil	Valproinsäure <input type="checkbox"/> Convulex <input type="checkbox"/> Convulsofin <input type="checkbox"/> Ergenyl <input type="checkbox"/> Leptilan <input type="checkbox"/> Mylproin <input type="checkbox"/> Orfiril	Ethosuximid <input type="checkbox"/> Acrisuxin <input type="checkbox"/> Petnidan <input type="checkbox"/> Pyknolepsin <input type="checkbox"/> Suxilep <input type="checkbox"/> Suxinutin <input type="checkbox"/> Petinutin	Andere <input type="checkbox"/> Dibro Be <input type="checkbox"/> Neurontin <input type="checkbox"/> Ospolot <input type="checkbox"/> Sabril <input type="checkbox"/> Topamax <input type="checkbox"/> Lyrica <input type="checkbox"/> Keppra <input type="checkbox"/> Trobalt <input type="checkbox"/> Vimpat <input type="checkbox"/> Zebinix <input type="checkbox"/> Zonegran
Oxcarbazepin <input type="checkbox"/> Oxcarbazepin <input type="checkbox"/> Trileptal <input type="checkbox"/> Timox <input type="checkbox"/> Apydan extent	Lamotrigin <input type="checkbox"/> Lamictal <input type="checkbox"/> Lamotrigin	Benzodiazepine <input type="checkbox"/> Anteplepsin <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Frisium <input type="checkbox"/> Rivotril <input type="checkbox"/> Valium <input type="checkbox"/> Tavor	Weitere?			

6. Welches Medikament/welche Kombination hat Ihrer Einschätzung nach bisher am **besten gewirkt** gegen die Anfälle?

7. Sind **Allergien** bei Ihnen bekannt, v.a **Medikamentenallergien**?

Nein Ja, gegen:

Weitere Fragen zur Vorgeschichte

8. Hatten Sie Neugeborenen- /Fieberkrämpfe?

O weiß ich nicht O Nein O Ja: In welchem Alter:.....

9. Haben/hatten Sie andere **Krankheiten/Unfälle/Operationen im Bereich Kopf & Gehirn**, z.B. Schädelbruch, Gehirnhautentzündung, Gehirntumor, Schlaganfall ?

Bitte auch nennen, wenn diese lange zurückliegen

O weiß ich nicht O Nein O Ja, und zwar folgende (mit Alter):

10. Haben Sie neben der Epilepsie **andere wesentliche Erkrankungen** ?

O Nein O Ja, und zwar folgende:

11. Gibt oder gab es in Ihrer **Familie** Mitglieder mit epileptischen Anfällen?

Bitte auch angeben, wenn diese schon lange nicht mehr aufgetreten oder unter Kontrolle sind

O Nein O Ja (wer ist betroffen? Wie äußert(e) sich dies?)

Bisherige Untersuchungen

12. Welche **Untersuchungen** wurden bei Ihnen bereits gemacht (wann und wo)?

Bitte nennen Sie, wann/wo dies erfolgte, so gut Sie sich erinnern

Computertomographie (CT)	
Kernspintomographie (MRT)	
EEG	
Video-EEG stationär	
Neuropsychologische Diagnostik	
Andere	

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Datum:

Unterschrift: