



FRAGEBOGEN EPILEPSIEAMBULANZ

Persönliche Daten (Aufkleber):	
	☐ gesetzlich versichert ☐ 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, Hippocampusklerose, 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 oder aktuellen Medikamentenplan anhängen

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

Bitte übersenden Sie uns, zusammen mit diesem Dokument, aktuelle Befunde/Berichte/MRT-Bilder und den aktuellen Medikamentenplan. Nach interner Durchsicht melden wir uns bei Ihnen zum weiteren Vorgehen.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Datum:

Unterschrift: