

Anamnesebogen Epilepsie

Patientenname: _____

Beginn der Beschwerden: _____ Letzter Anfall am: _____

Hatten Sie längere anfallsfreie Zeiten nach Beginn?

Ja, wann? _____ Nein

Wie häufig ist das Auftreten:

_____ /Monat _____ /Jahr _____ /Tag Bislang nur einmalig

Wie lange dauert ein Anfall:

_____ /Stunden _____ /Minuten _____ /Sekunden

Gibt es eine tageszeitliche Häufung?

Ja, wann?(z.B. morgens, nachts, nur tagsüber) _____ Nein

Gibt es einen Auslöser z.B. wenig Schlaf, Alkohol, Flackerlicht, Medikamente, Stress, Fieber, Schreck, Harn- oder Stuhlentleerung, Husten, Lachen, Lesen/Sprechen?

Ja, _____ Nein Sonstige _____

Verlieren Sie während eines Anfalls das Bewusstsein?

Nein Manchmal Immer

Kommt es während des Anfalls zu

Zungenbiss Einnässen Einkoten

Beschreiben Sie Auffälligkeiten, die Sie zu Beginn oder während eines Anfalls bemerken

	Ja	Nein
Ich kann mich an den Beginn nicht erinnern		
Sprachstörung		
Geruchs- oder Geschmackswahrnehmung		
Geräusche oder Musik		
Unwillkürliche Bewegungen oder Muskelzuckungen		
Ich zucke blitzartig zusammen		
Ich stürze		
Die Muskeln sind steif		
Wilde Bewegungen (z.B. Schlagen oder Treten)		
Sinnlose, nicht beeinflussbare Handlungen (z.B. Umherlaufen/Nesteln/Dinge verlegen)		
Missempfindungen (z.B. Kribbeln, Taubheitsgefühl)		
Schwitzen		
Angst oder Unruhe		
Übelkeit/Unwohlsein/komisches Gefühl im Bauch		
Benommenheit/Schwindel		
Sehstörungen		
Gefühl des schon Gesehenen/Erlebten		
Schwarzwerden vor den Augen		
Leere im Kopf		
Druck auf den Ohren		
„Sternchensehen“		

Sonstiges:

Sofern Sie bereits wegen Anfällen medikamentös behandelt wurden: Welche Medikamente wurden bereits verordnet, bis zu welcher Dosis, gab es Nebenwirkungen, wie war die Wirksamkeit, ggf. in Kombination mit welchem anderen anfallssuppressiven Medikament?

Medikament	Bis zu welcher Dosis	Nebenwirkung	Wirksamkeit	Begleitmedikament

Sonstiges: _____

Hilfreich wäre hier die ausführliche Fremdbeschreibung eines Anfalls durch z.B. Angehörige: Angegeben werden können z.B. eventuelle Vorboten wie z.B. Gereiztheit, Schrei, plötzliches Erschrecken, Schlucken, Schmatzen, Nesteln, Wegschleudern von Gegenständen, plötzliches Fallen, Hinweise auf das Bewusstsein, Beschreibung von unwillkürlichen Bewegungen und Muskelzuckungen und Lokalisation, Zungenbiss, Einnässen, Einkoten, Blickwendung, verzögerte Reorientierung nach dem Anfall, Dauer des gesamten Anfalls, möglicherweise getrennt dazu die Dauer, bis der Patient wieder vollständig orientiert ist:

Sofern Sie einen Anfallskalender haben, bringen Sie diesen bitte zusätzlich zu den sonst erbetenen Unterlagen (MRT- Bilder, Vorbefunde, vorhandenes Labor, Medikamentenplan) mit.

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben!