Fragebogen Epilepsieambulanz

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Krankheitsgeschichte zu verstehen, erheben wir vor der ersten ambulanten Vorstellung einen kurzen Fragebogen. Ihre Angaben sind freiwillig. Der Fragebogen wird vertraulich behandelt und in Ihrer Krankenakte archiviert. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden eingehalten.

Personalien:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Hausarzt: _____

Neurologe: _____

Fragen zu Ihrer Epilepsie:

Wann (in welchem Alter) ist der erste epileptische Anfall aufgetreten?

Haben Sie mehrere Anfallstypen? (Bitte nummeriert Auflisten)

Was bemerken Sie von Ihren Anfällen?

Was bemerken andere von Ihren Anfällen?

Kennen Sie Vorbotensymptome vor Anfällen?

Wie oft hatten Sie zuletzt Anfälle?

- ☐ keine Anfälle in den letzten 6 Monaten
- ☐ 1-2 Anfälle in den letzten 6 Monaten
- ☐ 3-5 Anfälle in den letzten 6 Monaten
- ☐ 1-2 Anfälle pro Monat
- ☐ 1 Anfall pro Woche oder mehr
- ☐ 1 Anfall pro Tag oder mehr

Wann ist der letzte epileptische Anfall aufgetreten?

Bemerken Sie immer im Nachhinein, dass Sie einen Anfall hatten?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Unsicher

Haben Sie nach Anfällen besondere Symptome oder Ausfallerscheinungen?

Gibt es besondere Anfallsauslöser? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Schlafentzug

☐ Stress

☐ Vergessene Tabletteneinnahme

☐ Schreck

☐ Lesen/Muster

☐ Alkohol/Drogen

☐ Menstruation

☐ Nein

Treten Anfälle zu einer bestimmten Tages- oder Nachtzeit auf?

☐ Ja, nämlich _____

☐ Nein

☐ unbekannt

Fragen zur Ihrer medizinischen Vorgeschichte:

Gab es in der Schwangerschaft, während der Geburt oder in Ihrer frühkindlichen Entwicklung Besonderheiten?

- ☐ Ja, nämlich_____
- ☐ Nein
- ☐ Unbekannt

Hatten Sie als Kinder Fieberkrämpfe?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

Haben oder hatten Sie eine andere neurologische Erkrankung?

- ☐ Schädel-Hirn-Trauma
- ☐ Schlaganfall/Hirnblutung
- ☐ Meningitis/Hirnhautentzündung
- ☐ Andere Erkrankung. Welche?_____
- ☐ Keine bekannt

Haben Sie weitere Erkrankungen?

Haben Sie Allergien?

Gibt es in Ihrer Familie Menschen mit Anfallserkrankungen?

☐ Ja, nämlich_____

☐ Nein

☐ unbekannt

Gibt es in Ihrer Familie neurologische Erkrankungen oder plötzlichen Herztod?

☐ Ja, nämlich _____

☐ Nein

☐ unbekannt

Wurde bei Ihnen bereits eine Bildgebung des Kopfes durchgeführt?

☐ Ja, am _____; Referenzcode:_____

☐ Nein

☐ Unbekannt

Fragen zu Ihrer Medikation:

Nehmen Sie derzeit Medikamente gegen Anfälle? (möglichst Wirkstoff und Dosierung angeben)

Nehmen Sie andere Medikamente? (bitte mit Dosierung angeben)

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der Vergangenheit genommen? (Bitte bereits eingenommene Wirkstoffe ankreuzen)

Medikament	Eingenommen?	Max. Dosierung?
Brivaracetam		
Carbamezepin		
Cenobamat		
Clobazam		
Ethosuximid		
Gabapentin		
Lacosamid		
Levetiracetam		
Lamotrigin		
Oxcarbazepin		
Phenobarbital		
Perampanel		
Pregabalin		
Phenytoin		
Primidon		
Topiramat		
Valproat		
Zonisamid		
Eslicarbazepin		
Andere		

Bemerken Sie derzeit Nebenwirkungen von Ihrer Medikation?

Wann treten diese Nebenwirkungen auf?

Fragen zu Ihrer sozialen Situation:

Wie leben Sie derzeit?

- ☐ Selbstversorgend
- ☐ Unterstützung durch Angehörige
- ☐ Unterstützung durch Pflegedienst
- ☐ Pflegeeinrichtung
- ☐ Wohngruppe
- ☐ Andere. Welche? _____

Welchen Schulabschluss haben Sie?

- ☐ ich gehe noch zur Schule
- ☐ Sonderschulabschluss
- ☐ ohne Schulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss
- ☐ Abitur/Fachabitur

Sind Sie derzeit berufstätig?

- ☐ Ja, als _____
- ☐ Berentet
- ☐ In beruflicher Rehamaßnahme
- ☐ Schüler/Student/Auszubildender
- ☐ In einer Werkstatt für behinderte

Haben Sie einen Führersein?

☐ nein

☐ ja, Klasse(n) _____

Haben Sie einen Pflegegrad?

☐ Ja, nämlich _____

☐ Nein

☐ unbekannt

Haben Sie eine Schwerbehinderung?

☐ Ja, nämlich GdB ____ Mz _____

☐ Nein

☐ Unbekannt

Sind Sie wegen Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit berentet oder pensioniert?

☐ nein ☐ ja, auf Dauer ☐ ja, auf Zeit, bis: _____

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? ☐ nein ☐ ja, gestellt am:
_____

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krankgeschrieben?

☐ nein

☐ ja, seit _____

Eigene Anmerkungen (Was ist Ihnen noch wichtig?)

_____

_____

_____

_____

_____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!