Praxisgemeinschaft
für Kinder & Jugendmedizin
Dr. Hassemer
& Dr. Schock

Öfnungszeiten
Mo,Di,Do: 8:30-12:00
14:30-17:00
Mi + Fr: 8:30-12:00
Telefon:06101-83078

Anfall - Ereignisfragebogen

Bitte beantworten Sie diese Fragen so genau wie möglich!!

Name:	***Vorname:***				***geb.***			
Ereignis – Anfall am:								
Hat der Patient vor dem Anfall Medikamente eingenommen ? Wenn ja, Welche? (Handelsname) *	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Medikamente: Hat der Patient vor dem Anfall wenig geschlafen?	* Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Bestand eine verzögerte Geburt ?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Bestehen Vorerkrankungen- Geburtstrauma/Handicaps? **	Ja **	nein						
Leiden Verwandte unter epileptischen Anfällen?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Wie begann der Anfall ?								
allmählich								
plötzlich								
Wie lange dauerte der Anfall ?								
1 - 3 Minuten?								
länger (wie lange)?								
Was war zu beobachten ?								
Gesichtsblässe	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Speichelfluss	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
starrer Blick	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Augenverdrehen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Kopfdrehung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Steif werden der Glieder	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Zuckungen der Glieder	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Krümmung des Körpers	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Krümmung des Körpers nach hinten	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Einnässen oder Einkoten	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Schreien	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Schlecken	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Schmatzen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Rülpsen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Nestelnde Bewegungen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Hat der Patient das Bewusstsein								
langsam wieder erlangt?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Bestand eine Erinnerungslücke?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
War der Patient nach dem Anfall müde ?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Wann trat der Anfall auf ?	Uhrzeit							
morgens								
tagsüber								
nachts								
War dies der erste Anfall ?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Bestand Fieber/eine Infektion?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Haben die Anfälle in den letzten Wochen zugenommen?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
wenn ja, seit wann? (in Wochen)								
* / ** / *** Rückseitig beschreiben!								