



Fragebogen zur Epilepsie

Personalien	
Familienname/ akad. Grad, Titel:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ / Wohnort:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Sozialversicherungsnummer	
Familienstand:	
Kinder/Betreuungspflichten:	

Kontaktaufnahme durch	
am / Datum	bei / BeraterIn:
Träger:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	

Sachverhaltsdarstellung	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatzsuche	<input type="checkbox"/> Krisenintervention	<input type="checkbox"/> Aus-/Weiterbildung

Fragen zur Epilepsie

Seit wann haben Sie Epilepsie?

Anfallsarten (Diagnose; behandelnder Arzt, derzeitige Therapie, Befund bitte in Kopie in Anlage)

Muss zurzeit mit Anfällen gerechnet werden:

- nein: letzter Anfall

ja:

Wie häufig treten Anfälle auf? (Monat, Woche, Tag)?

Treten Anfälle im Tages-/Nachtverlauf regelmäßig auf? Wann?

ANFALLSBESCHREIBUNG:

Gibt es typische Zeichen vor einem Anfall? AURA? (Empfindung, Blässe, Übelkeit, Unruhe...)

Können Sie die Vorwarnungen **nutzen**, um sich zu schützen? ja nein

Gibt es Faktoren, die einen Anfall **auslösen** können? (Lichtreize, Übermüdung, Musik, Wut, Aufregung, Lärm, Freude...)

nein ja: Welche?

Was passiert während des Anfalls:

- Anfallsbeginn abrupt oder schleichend
- Sturz ja (wie ein Baum, langsames Zusammensacken) nein
- Bewusstsein: klar
- bewusstlos
- eingeschränkt
- reaktionsfähig (bewusst, aber nicht ansprechbar)? ja nein
- Harn-/Stuhlabgang ? ja nein
- Zungenbiss? ja nein
- Gesichtsfarbe? Normal/blass/bläulich/rot

Genau und ausführliche Beschreibung des Anfalls:

(Tageszeit des Auftretens; Situation, aus der der Anfall auftritt; Anfallsbeginn: Zuckungen, Kopf, Rumpf, Arme, Beine, rechts, links, etc,

Gibt es Unterbrechungsmöglichkeiten für den Anfall?

- nein ja: Welche?

Nach dem Anfall:

Wie lange dauert ein Anfall in der Regel?

Wie erkennt man, dass der Anfall vorbei ist?

Verhalten nach einem Anfall / REORIENTIERUNG

Sind Sie nach dem Anfall

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------------|
| - schläfrig | <input type="checkbox"/> ja | wie lange: | <input type="checkbox"/> nein |
| - verwirrt und benommen | <input type="checkbox"/> ja | wie lange: | <input type="checkbox"/> nein |
| - aggressiv | <input type="checkbox"/> ja | wie lange: | <input type="checkbox"/> nein |
| - ansprechbar und reaktionsfähig | <input type="checkbox"/> ja | wie lange: | <input type="checkbox"/> nein |
| - Sprachschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | wie lange: | <input type="checkbox"/> nein |

Wie lange brauchen Sie zur Reorientierung?

Haben Sie nach dem Anfall Schmerzen/Verletzungen? ja nein

Brauchen Sie nach dem Anfall besondere Betreuung? (Ruhe, etc.)

nein ja: Welche?

Brauchen Sie Nachschlaf?

Nach welcher Zeit (nach dem Anfall) könnten Sie die Arbeit wieder aufnehmen?

<p>Ist die Gabe von Notfallmedikamenten erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Welches?</p> <p>Wann und Wie ist es zu verabreichen?</p> <p>Gibt es dazu einen Befund?</p>
<p>Wann soll der Arzt/ die Rettung verständigt werden?</p>

<p>Anlagen</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Zustimmungserklärung<input type="checkbox"/> ärztliche Schweigepflichtentbindung<input type="checkbox"/> Fachärztlicher Befund<input type="checkbox"/> Einstufung Grad der Erwerbsminderung/ Behindertenausweis<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>

<p>Anmerkungen</p>
