

Fragebogen Anfallsleiden/ Epilepsie/ Synkope/ unklare Bewusstseinsstörung

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

- Bei mir ist eine **Epilepsie** bekannt/ diagnostiziert? Ja, seit _____ Nein
- Es sind **anfallsartige Erscheinungen** aufgetreten? Ja Nein
- **Wie häufig** sind Anfälle bisher aufgetreten? bisher einmalig
 bisher mehrmals,
_____mal insgesamt, wöchentlich, monatlich, jährlich
(bitte zutreffendes unterstreichen: z.B. 3 mal jährlich)
- **Wann** trat erstmalig ein Anfall auf? im Säuglingsalter
 als Kind/ Jugendlicher mit _____ Lebensjahren
 als Erwachsener mit _____ Lebensjahren
- Ist das erstmalige Auftreten eines Anfalls in **Zusammenhang mit einer anderen (Hirn-)Erkrankung** zu bringen? Ja Nein
- Treten die Anfälle zu **bestimmten Tageszeiten** gehäuft auf?
 Nein
 Ja, Morgens, Mittags, Abends, Nachts
(bitte zutreffendes unterstreichen)
 immer/meistens aus dem Schlaf heraus
- **Wie lange** dauert ein Anfall? Sekunden Minuten Stunden
- **Welche Symptome** haben Sie zu Beginn des Anfalls bemerkt?
 Kann mich an Beginn des Anfalls nicht erinnern
 unwillkürliche Bewegungen, Muskelzuckungen in einer Körperregion:
 Missempfindungen, Taubeitsgefühl, Kribbeln in einer Körperregion:
 Benommenheit, Schwindelgefühl Wärmegefühl
 Geruchs- oder Geschmackswahrnehmung starkes Schwitzen
 Sprachstörung Angst oder Unruhe
 Übelkeit, Unwohlsein Geräusche, Musik
 Andere: _____
- Kommt es im Verlauf des Anfalls zu einem **Bewusstseinsverlust**?
 Nein
 Ja, und zwar immer manchmal

- Nach **Wiedererlangen des Bewusstseins**,
(Am Ende des Anfalls)
 - bin ich sofort wieder klar und orientiert
 - gibt es noch eine längere Phase der Benommenheit
 - habe ich noch neurologische Ausfallsymptome,
(z.B. Sprachstörung oder Lähmungserscheinungen)
- **Nach den Anfällen** bemerke ich
 - Muskelschmerzen
 - unwillkürlichen Urinabgang/ Einnässen
 - das ich mir auf die Zunge gebissen habe
 - andere Symptome: _____

- Verlaufen die Anfälle immer in gleicher **Art und Weise**? Ja Nein

- Gibt es **Angehörige/ Bekannte/ Zeugen**, die das Anfallsgeschehen beschreiben können?
 - Ja Nein

- Sind **andere Hirnerkrankungen** bekannt? Ja Nein

Wenn Ja, welche: _____

- Gab es bei Ihrer **Geburt** Auffälligkeiten? Ja Nein

- Ist es im Kleinkindalter zu **Fieberkrämpfen** gekommen? Ja Nein

- Gibt es **in der Familie** andere Personen mit einer Epilepsie/ Anfallsleiden? Ja Nein
Wenn ja, wer ist noch betroffen?

- Nehmen Sie Medikamente wegen eines Anfallsleidens ein? Ja Nein

Wenn Ja, welche: _____

- Haben Sie früher schon andere Medikamente gegen ein Anfallsleiden eingenommen?
 - Ja Nein

Wenn Ja, welche: _____