

**Informationszentrum Epilepsie (ize) der Dt. Gesellschaft für Epileptologie**  
 10117 Berlin Reinhardtstr. 27 c  
 Tel: 0700/13141300 (0,12 €/min) Fax: 0700/13141399 Internet: [www.izepilepsie.de](http://www.izepilepsie.de)

## HILFE ZUR ANFALLSBEOBSACHTUNG

**Zielgruppe :** Zeugen von Anfällen ( Angehörige, Betreuer )

**Zweck :** Der ausgefüllte Bogen soll zum Arzt mitgenommen werden. Er soll dem Arzt für die Diagnose und Behandlung wesentliche Informationen übermitteln. Sind die Anfälle bereits ausreichend diagnostiziert, sollte ein Monats- und Jahresanfallskalender benutzt werden.

Name des Beobachters : ..... Tel. erreichbar unter : .....

Name des Anfallkranken : .....

Situation beim Auftreten des Anfalls :

Ort : ..... Datum : ..... Uhrzeit : .....

Bitte zunächst die Anfallsmerkmale ankreuzen und danach eine kurze Anfallsbeschreibung geben.

### **Merkmale :**

### **Beschreibung in eigenen Worten**

( davor, Beginn, während, danach )

#### **1. Vor dem Anfall :**

wach ☐ schlafend ☐ müde ☐  
 stehend ☐ sitzend ☐ liegend ☐

Tätigkeit ( z.B. Schreiben, Essen, Kochen ) :

mögliche Anfallsauslöser :

Freude ☐ Aufregung ☐ Wut ☐  
 Lärm ☐ Lichtblitze ☐ Musik ☐  
 nichts ☐

Andere :

#### **2. Zu Beginn des Anfalls :**

Wahrnehmungen des Epilepsiekranken bei  
 Anfallsbeginn (z.B. Übelkeit im Magen, starker  
 Geruch; Fremdwerden der Umgebung) :

Anfallsbeginn: ..... abrupt ☐  
 ..... langsam - "schleichend" ☐

Sturz : ..... " wie ein Baum " ☐  
 ..... langsames Zusammensacken ☐  
 ..... blitzartiges Zusammensacken ☐

Schrei bei Anfallsbeginn ..... ☐  
 Zuerst betroffener Körperteil (z.B. linke Hand) :

