

**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 ANFALLSBEZOCHTUNG**

**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 Anfallskranken : .....

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

Anderes :  
 .....  
 .....  
 .....

**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 ) :  
 .....  
 .....

### 3. Während des Anfalls :

### Beschreibungen in eigenen Worten ( Fortsetzung )

Zuckungen : links      rechts      ganz

Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zuckungen:	grob <input type="checkbox"/>	fein <input type="checkbox"/>
	einseitig <input type="checkbox"/>	seitengleich <input type="checkbox"/>
	wandernd <input type="checkbox"/>	rythmisch <input type="checkbox"/>

<u>Bewusstsein:</u>	bewusstlos <input type="checkbox"/>
	klar <input type="checkbox"/>
	eingeschränkt <input type="checkbox"/>

<u>Atmung:</u>	normal <input type="checkbox"/>
	flach <input type="checkbox"/>
	schnaufend <input type="checkbox"/>

Lautäußerungen:

Speichelfluid	<input type="checkbox"/>	Zungenbiss <input type="checkbox"/>
Tränenfluid	<input type="checkbox"/>	Würgen <input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Einnässen <input type="checkbox"/>
unfreiwilliger Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	

Gesichtsfarbe :  
normal  blass  rot  bläulich

### 4. Nach dem Anfall :

Dauer des Anfalls : ..... Minuten

Angabe geschätzt  auf die Uhr geschaut

Ende des Anfalls : plötzlich   
langsam ausklingend

Reorientierung  
( Zeitdauer bis wieder klar ansprechbar ) :  
sofort  fünf Minuten

länger .....

Verletzung zugezogen : nein  ja   
welche :

Nachschlaf : kurz  ja, lang  nein

### 5. Mehrere Anfälle nacheinander

Anzahl der Anfälle :

Zeitabstände zwischen den Anfällen :

Angabe geschätzt  auf die Uhr geschaut