



# Fragenbogen zur Epilepsie

---

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit den folgenden Fragen möchten wir Information zu Ihren Anfallsleiden vor der ersten ambulanten oder stationären Vorstellung erhalten. Der Fragenbogen ersetzt das Arztgespräch nicht. Ihre Angaben sind freiwillig und müssen nicht vollständig erfolgen. Der Fragenbogen wird vertraulich behandelt und als Teil der Krankenakte archiviert. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden jederzeit eingehalten.

---

## 1. Personalien

Datum vom heute: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

Nachname: \_\_\_\_\_

## 2. Mit welchen Erwartungen kommen Sie zu uns? (Mehrere Angaben möglich)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnose/Frage, ob Epilepsie vorliegt | <input type="checkbox"/> Ich möchte eine „zweite Meinung“ hören         |
| <input type="checkbox"/> weniger Anfälle                       | <input type="checkbox"/> berufliche/schulische Probleme                 |
| <input type="checkbox"/> Frage, ob Operation möglich ist       | <input type="checkbox"/> Beratung (Führerschein, Schwangerschaft, u.a.) |
| <input type="checkbox"/> Umstellung/Absetzen der Medikamente   | <input type="checkbox"/> andere Therapiemöglichkeit (als Medikamente)   |
| <input type="checkbox"/> Umgang/Leben mit Epilepsie            | <input type="checkbox"/> andere: _____                                  |



### Fragen zu Ihrer Epilepsie, zu Ihren Anfällen und Ihrer Behandlung

3. Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Anfall? / In welchem Jahr ist Ihr erster Anfall aufgetreten?

\_\_\_\_\_ Jahre                      im Jahr \_\_\_\_\_

4. Wann hatten Sie Ihren **letzten Anfall**?

Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

5. Haben Sie als Kind Fieberkrämpfe erlitten?

ja                       nein                       unbekannt

6. Haben Sie eine Erkrankung des Gehirns erlitten?

- eine Hirnhautentzündung  
 eine Verletzung des Gehirns  
 einen Schlaganfall  
 andere Erkrankungen? Welche? \_\_\_\_\_

7. Leiden andere Familienmitglieder an Epilepsie, wenn ja, wer?

\_\_\_\_\_

8. Wurde bei Ihnen bereits einmal eine Darstellung des Gehirns mit Magnetfeldern (Kernspintomographie) oder Röntgen (Computertomographie) durchgeführt? Wenn ja, in welchem Jahr?

- Computertomographie  
 Kernspintomographie  
 Methode unbekannt  
 Bislang keine solche Untersuchung des Gehirns

9. Führen Sie regelmäßig einen Anfallskalender?

ja, selbst                       ja, Angehörige                       nein



**10. Gibt es besondere Auslöser für Ihre Anfälle? (Mehrere Angaben möglich)**

- nein                       bin mir nicht sicher                       ja, und zwar folgende:
- Schlafentzug                       Lesen / Sprechen                       Menstruation
- Alkohol                       Schreck                       andere: \_\_\_\_\_

**11. Wann treten Ihre Anfälle auf? (Mehrere Angaben möglich)**

- 6-8 Uhr     8-10 Uhr     10-14 Uhr     14-18 Uhr     18-22 Uhr     22-6 Uhr
- unregelmäßig     sonstige: \_\_\_\_\_

**12. Können Sie sich vor Ihren Anfällen verlässlich schützen?**

- nie                       manchmal                       häufig                       immer

**13. Wie viele Anfallsarten haben Sie?**

- eine                       zwei                       drei oder mehrere Anfallsarten

**14. Welche Merkmale treffen auf Ihre Anfälle zu? (Mehrere Angaben möglich)**

- Ich habe Vorgefühle
- Ich verliere das Bewusstsein
- Ich stürze oder gehe zu Boden
- Die Muskeln sind steif oder zucken, meine Bewegungen sind gestört
- Ich mache sinnlose Handlungen, wie Umherlaufen, Nesteln, Dinge verstellen
- Ich schlucke / schmatze
- Ich habe Übelkeit oder andere Empfindungen im Bauch
- Ich erlebe ein Vertrautheitsgefühl (Déjà-vu)
- Ich habe Angstgefühle



- Ich habe Muskelkater
- Ich beiße mir auf die Zunge
- Ich bekomme punktförmige Blutungen im Gesicht
- Nichts davon trifft zu

15. Wissen Sie im Nachhinein, ob Sie einen Anfall hatten?

- immer
- häufig
- manchmal
- selten
- nie

16. Nässen Sie während des Anfalls ein?

- immer
- häufig
- manchmal
- selten
- nie

17. Wie oft hatten Sie Anfälle? (Bitte Zutreffendes ankreuzen, nur **eine** Angabe möglich)

- keine Anfälle in den letzten 6 Monaten
- 1-2 Anfälle in den letzten 6 Monate
- 3-5 Anfälle in den letzten 6 Monat
- 1-2 Anfälle pro Monat
- 1 Anfall pro Woche oder mehr
- 1 Anfall pro Tag oder mehr

18. Hat sich Ihre Epilepsie im letzten halben Jahr...

- ... verschlechtert?
- ...ist gleichgeblieben?
- ... gebessert?



19. Haben Sie sich bei einem Anfall schon einmal verletzt?

- Verbrennungen  Wirbelkörperbruch  
 Knochenbruch  Ausschlagen von Zähnen  
 andere Verletzungen: \_\_\_\_\_  
 nein

20. Halten Sie sich an regelmäßige Schlafenszeiten?

- ja, immer  
 ja regelmäßig (außer an Wochenenden oder bei besonderen Anlässen)  
 nein

21. Haben Sie **andere** dauerhafte Krankheiten oder Behinderungen?

- nein  
 wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

22. Wie geht es Ihnen **nach einem Anfall**? Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	nein	bis zu 1 Std.	bis zu 4 Std.	mehr als 4 Std.	auch am nächsten Tag
1. Haben Sie unmittelbar nach einem Anfall Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie nach einem Anfall Probleme mit dem Sprechen? (Sie können nichtsprechen oder haben Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Müssen Sie nach einem Anfall Ihre Tätigkeit unterbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Sie nach einem Anfall verwirrt und wissen nicht, was passiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	nein	bis zu 1 Std.	bis zu 4 Std.	mehr als 4 Std.	auch am nächsten Tag
5. Haben Sie nach einem Anfall Schmerzen (Kopf- oder Gliederschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind nach einem Anfall Ihre Hände, Arme oder Beine gelähmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Für Berufstätige, Schüler, Auszubildende: Sind Ihre Anfälle so schwer, dass Sie nach einem Anfall nicht arbeiten/nicht am Unterricht teilnehmen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente zur Behandlung Ihrer Anfälle?**

nein                       ja

**Falls ja, welche?** (z.B. Timonil 600 retard, 3 Tabl.)

Name des Medikamentes:

\_\_\_\_\_

Tagesdosis:

\_\_\_\_\_

Name des Medikamentes:

\_\_\_\_\_

Tagesdosis:

\_\_\_\_\_

Name des Medikamentes:

\_\_\_\_\_

Tagesdosis:

\_\_\_\_\_

Name des Medikamentes:

\_\_\_\_\_

Tagesdosis:

\_\_\_\_\_

Name des Medikamentes:

\_\_\_\_\_

Tagesdosis:

\_\_\_\_\_

Name des Medikamentes:

\_\_\_\_\_

Tagesdosis:

\_\_\_\_\_



24. Welche der folgenden Antiepileptika haben Sie bisher eingenommen?

- A:** Wurde beendet wegen fehlender Wirkung
- B:** Wurde aus mit nicht bekannten Gründen abgesetzt
- C:** Wurde beendet wegen Nebenwirkungen (NW)

Substanz	Handelsname	A	B	C	Welche NW?
Carbamazepin	z.B. Tegretal, Timonil, Carbabeta				
Valprionsäure	z.B. Ergenyl, Orfiril, Convulex				
Phenytoin	z.B. Zentropil, Phenhydan				
Phenobarbitat	z.B. Luminal, Maliasin				
Primidon	Mylepsinum, Resimatil				
Vigabatrin	Sabril				
Gabapentin	Neurontin, Gabapentin				
Lamotrigin	Lamictal, Lamotrigin				
Felbamat	Taloxa				
Tiagabin	Gabitril				
Topiramat	z.B. Topamax				
Levetiracetam	z.B. Keppra				
Oxcarbazepin	z.B. Trileptal, Timox, Apydan extent				
Sultiam	Ospolot				
Brom	Dibro Be				
Zonisamid	Zonegran				
Rufinamid	Inovelon				
Pregabalin	Lyrica				
Clobazam	Frisium				
Diazepam	Valium				
Clonazepam	Rivotril				
Lacosamid	Vimpat				
Eslicarbazepinacetat	Zebinix				
Perampanel	Fycompa				
Retigabin	Trobalt				
Brivaracetam	Briviact				



25. Nehmen Sie andere Medikamente ein?

- nein                       ja, welche

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

26. Kommt es vor, dass Sie Ihre Tabletten nicht einnehmen?

- ja, etwa einmal pro Woche  
 ja, etwa einmal pro Monat  
 ja, seltener als einmal pro Monat  
 nein, nie

27. Benutzen Sie eine Einnahmehilfe, wie z.B. eine Tablettenbox für die Medikamente oder eine Erinnerungshilfe per APP?

- nein  
 ja, welche? \_\_\_\_\_

28. Wie zufrieden sind Sie im Großen und Ganzen mit der bisherigen Behandlung?

- sehr zufrieden     zufrieden     weder noch     unzufrieden     sehr unzufrieden





### Zum Abschluss einige Fragen zu Ihrer Person

29. Mit wem leben Sie zusammen?

- lebe alleine
- mit (Ehe-)Partner
- bei meinen Eltern oder Elternteil
- anderes: \_\_\_\_\_
- alleinerziehend
- mit (Ehe-)Partner und Kind(ern)
- in einer betreuten Wohngruppe

30. Welchen Schulabschluss haben Sie?

- ich gehe noch zur Schule
- Sonderschulabschluss
- Realschulabschluss / mittlerer Abschluss
- anderer: \_\_\_\_\_
- ohne Schulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Abitur / Fachabitur

31. Haben Sie einen Führerschein?

- nein
- ja, Klasse(n) \_\_\_\_\_

32. Welche Berufsausbildung haben Sie?

- keine
- Lehre, Fachschule
- angelernt, Eingliederungslehrgang, Training WfbM
- Fachhochschule, Universität

33. Sie sind derzeit:

- Angestellte/r; Beamter / Beamtin; Arbeiter/in
- in Berufsausbildung
- Schüler/in; Student/in
- arbeitslos seit: \_\_\_\_\_ Monaten
- Rentner/in
- anderes: \_\_\_\_\_
- Selbständige/r
- (  betrieblich  überbetrieblich )
- in beruflicher Rehamaßnahme
- Hausfrau/-mann
- im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen



34. Für berufstätige: Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie?

\_\_\_\_\_ Stunden

35. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

- nein
- ja, Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ % Merkzeichen \_\_\_\_\_
- Antrag gestellt

36. Über welche Einkommen verfügen Sie? (Mehrere Angaben möglich)

- Lohn /Gehalt als Arbeitnehmer/in
- Einkommen durch selbständige Tätigkeit
- Grundsicherung wegen Erwerbsminderung
- Krankengeld
- Übergangs-/ Unterhaltsgeld
- Rente
- Bafög / Stipendium
- Arbeitslosengeld 1
- Arbeitslosengeld 2 oder Sozialhilfe
- Verdienst Partner / Lebensunterhalt von den Eltern
- kein eigenes Einkommen
- andere: \_\_\_\_\_

37. Sind Sie wegen Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit berentet oder pensioniert?

- nein
- ja, auf Dauer
- ja, auf Zeit, bis: \_\_\_\_\_

38. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

- nein
- ja, gestellt am: \_\_\_\_\_



39. Wie lange waren Sie in letzter Zeit krankgeschrieben (alle Erkrankungen)?

- gar nicht       bis 3 Monate       3 bis 6 Monate       6 bis 12 Monate  
 mehr als 12 Monate       nicht erwerbstätig (berentet, Hausfrau/-mann o.ä.)

40. Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krankgeschrieben?

- nein       ja, seit \_\_\_\_\_

41. Wie lange waren Sie in den letzten 6 Monaten im Krankenhaus wegen Ihrer Epilepsie?

- gar nicht       unter 10 Tage       10 bis 30 Tage       über 30 Tage

42. Diesen Fragebogen habe ich

- alleine ausgefüllt       mit Hilfe ausgefüllt

43. Anmerkungen