

Fragen, die Ihren Arzt interessieren

Nachname, Vorname

in Behandlung seit

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Anfall am -----> | | | |
| Wann trat der Anfall auf (Uhrzeit)? | | | |
| Wie lange dauerte der Anfall (in Min.)? | | | |
| Trat der Anfall plötzlich auf? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Trat der Anfall schleichend auf? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Welche Symptome zeigten sich? | | | |
| • Speichelabsonderung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Blässe | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Augenverdrehen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Kopfdrehung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Versteifung von Armen und Beinen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Anhaltende Zuckungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Starrer Blick | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Beugung d. Körpers nach vorn | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Einnässen/Einkoten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Schreien | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Kauen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Schmatzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Sturz während des Anfalls | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Haben Sie Ihr Bewusstsein nur langsam wiedererlangt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Bestand eine Gedächtnislücke? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Hatten Sie wenig Schlaf vor dem Anfall? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Hatten Sie viel Stress in letzter Zeit? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Haben Sie Alkohol konsumiert? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Leiden Sie derzeit an einer Infektion? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Handelsname/mg)?

(Fortsetzung)

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Anfall am -----> | | | |
| Wann trat der Anfall auf (Uhrzeit)? | | | |
| Wie lange dauerte der Anfall (in Min.)? | | | |
| Trat der Anfall plötzlich auf? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Trat der Anfall schleichend auf? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Welche Symptome zeigten sich? | | | |
| • Speichelabsonderung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Blässe | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Augenverdrehen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Kopfdrehung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Versteifung von Armen und Beinen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Anhaltende Zuckungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Starrer Blick | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Beugung d. Körpers nach vorn | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Einnässen/Einkoten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Schreien | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Kauen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Schmatzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| • Sturz während des Anfalls | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Haben Sie Ihr Bewusstsein nur langsam wiedererlangt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Bestand eine Gedächtnislücke? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Hatten Sie wenig Schlaf vor dem Anfall? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Hatten Sie viel Stress in letzter Zeit? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Haben Sie Alkohol konsumiert? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| Leiden Sie derzeit an einer Infektion? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Handelsname/mg)?

| |
|--|
| |
|--|