



Checkliste für Epilepsie-Patienten

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen bei Ihrer Erstvorstellung in unserer Epilepsie-Sprechstunde mit:

- Krankenkassenkarte
- Überweisungsschein (sofern vorhanden)

Vorbefunde

- ☐ Sofern die Erstdiagnosestellung in einer **neurologischen Klinik** erfolgt ist, bitten wir darum, den **Arztbericht** zu diesem Klinikaufenthalt mitzubringen.
- ☐ Sollte die Erstdiagnose durch einen **niedergelassenen Neurologen** erfolgt sein, so bitten wir, **aussagekräftige Befundberichte** mitzubringen, insbesondere Ergebnisse von **c-MRT** und **EEG**.
- ☐ Bitte bringen Sie, sofern vorhanden, auch **sonstige Arztberichte** zu neurologischen Klinikaufenthalten mit.
- ☐ Ist bereits eine Vorstellung in einem Epilepsiezentrum mit einer Video-EEG-Monitoring-Einheit erfolgt? Bitte bringen Sie sofern vorhanden, den Arztbericht zu diesem Klinikaufenthalt mit.

Biografische Angaben

- ☐ Bitte listen Sie auf der zweiten Seite auf, von wann bis wann welche **Epilepsie-Medikation** eingenommen wurde und warum ggf. ein **Medikationswechsel** stattfand:
Z.B.: 1.) Lamotrigin, 2 x 25 mg, 01/2021 bis 09/2022, abgesetzt wg. grippaler Nebenwirkungen
2.) Topiramat, 2 x 100 mg, 10/2022 bis 04/2023, abgesetzt wg. unzur. Effektivität
- ☐ Bitte listen Sie auf Blatt 2 die angefragten Daten zu Ihrer Epilepsieerkrankung so genau wie möglich auf.

Vielen Dank!



Biografische Angaben für Epilepsie-Patienten

Datum:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

Erster epileptischer Anfall	Datum:	Umstände:
Erstdiagnosestellung	Datum:	Wo:

Risikofaktoren						
Gab es Probleme, als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war?		ja	nein			
War Ihre frühkindliche Entwicklung auffällig?	ja	nein	Gab es bei Ihnen Fieberkrämpfe?	ja	nein	
Gab es bei Ihnen eine Verletzung des Kopfes oder Gehirnes?		ja	nein			
Gab es bei Ihnen eine Meningitis?		ja	nein	Gibt es Familienmitglieder mit Epilepsie?	ja	nein

Bisherige antiepileptische Therapien (Kombinationstherapien bitte benennen)			
Therapie 1:	von:	bis:	abgesetzt wegen:
Therapie 2:	von:	bis:	abgesetzt wegen:
Therapie 3:	von:	bis:	abgesetzt wegen:
Therapie 4:	von:	bis:	abgesetzt wegen:
Therapie 5:	von:	bis:	abgesetzt wegen:

Bisherige antiepileptische Therapien (Erinnerungshilfe, bitte ankreuzen)				
Ethosuximid	Lamotrigin	Oxcarbazepin	Sultiam	Zonisamid
Felbamat	Levetiracetam	Perampanel	Topiramat	Andere:
Lacosamid	Mesuximid	Phenytoin	Valproat	

Weitere Informationen zur Ihren Anfällen	
Wieviele Anfälle gab es in den letzten 3 Monaten? (Angabe pro Monat)	/ Monat
Gibt es Auslöser für Anfälle (Schlafmangel, Alkohol, perimenstruelle Häufung)?	nein ja, und zwar:
Zeigen die Anfälle eine tageszeitliche Bindung? Z. B. treten sie nur nachts auf?	
Kommt es bei Anfällen auch zu Zungenbiss/Einnässen/Muskelkater?	
Sind Sie schon einmal erwacht mit Zungenbiss/Einnässen/Muskelkater?	
Wie lang war die längste anfallsfreie Zeit? Unter welcher Medikation?	

Vielen Dank!