

FRAGEBOGEN ZUR ANFALLSBEOBSACHTUNG

Zielgruppe: Zeugen von Anfällen (Selbst, Angehörige, Sanitäter, Betreuer)

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

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

Name des Betroffenen: \_\_\_\_\_

Situation beim Auftreten des Anfalls:

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

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

Merkmale:

Beschreibung mit eigenen Worten:

(davor, Beginn, während, danach)

1. Vor dem Anfall:

wach [ ] schlafend [ ] müde [ ]
stehend [ ] sitzend [ ] liegend [ ]

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

vermutete Anfallsauslöser:

Freude [ ] Aufregung [ ] Wut [ ]
Lärm [ ] Flackerlicht [ ] Schreck [ ]
nichts [ ]

Andere: (z.B. Fernsehen, Discolicht, Glitzern)

2. Zu Beginn des Anfalls:

Eigene Wahrnehmung des Betroffenen bei
Anfallsbeginn ( z.B. Übelkeit, Geruch
akustische oder optische Erscheinungen ) :
[ ] keine Angaben möglich

Objektive Wahrnehmung am Betroffenen bei
Anfallsbeginn (z.B. motorische Unruhe, ängstlicher Blick)

Anfallsbeginn: abrupt [ ]
langsam - "schleichend" [ ]
Sturz: ja [ ] nein [ ]
"wie ein gefällter Baum" [ ]
langames Umsinken [ ]
blitzartig Zusammensacken [ ]

Beim Anfallsbeginn:

Lautgebung [ ]
Seitengleicher (symetrischer) Beginn: [ ]
Kopf, Gesicht: [ ]
Schulter, Oberkörper: [ ]
Untere Körperhälte, Beine: [ ]
Ganzer Körper: [ ]
Einseitiger (oder deutlich seitenbetonter) [ ]

Beginn

Zuerst betroffener Körperteil:
(z.B. linke Hand) \_\_\_\_\_

**3. Während des Anfalls:**

Muskelspannung (Tonus) erhöht?

ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Zuckungen:** links rechts beidseitig

Arm

Bein

Gesicht

Körper

**Zuckungen:** grob  fein

wandernd  rhythmisch

andere Bewegungen (z.B. Fuchteln, strampeln, Wegdrängeln, Kaubewegungen)

Bewußtsein: klar

eingeschränkt

bewußtlos

Atmung: normal

flach

schnaufend

Atemstillstand

Lautäußerungen, wenn ja welche:

Speichelfluß  Zungenbiß

Tränenfluß  Würgen

Erbrechen  Einnäßen

Stuhlabgang

Gesichtsfarbe: bzw. Lippenfarbe

normal  blaß  rot  bläulich

Maßnahmen des Helfers während des Anfalls  
(z.B. Veränderung der Position des Betroffenen,  
Verabreichung von Notfallmedikamenten) :

**4. Nach den Anfall:**

Dauer des Anfalls: \_\_\_\_\_ Sek./ Minuten

Angabe geschätzt  mit Uhr gemessen

Ende des Anfalls: plötzlich

langsam ausklingend

Reorientierung: Zeitdauer bis wieder

klar ansprechbar:

sofort  bis 5 Minuten

länger: \_\_\_\_\_

Verletzung zugezogen: nein  ja

welche: \_\_\_\_\_

Verhalten nach dem Anfall:

unauffällig  müde/ abgeschlagen

Erregung  Schlaf

**Dauer:**

**5. Mehrere Anfälle nacheinander**

Anzahl: \_\_\_\_\_ Innerhalb Zeitdauer von: \_\_\_\_\_

Zeitabstände zwischen den Anfällen: \_\_\_\_\_

Angabe geschätzt  mit Uhr gemessen