

Hilfe zur Anfallsbeobachtung

Der ausgefüllte Bogen soll zum Arzt mitgenommen werden, um ihm für die Diagnose und Behandlung wesentliche Informationen zu übermitteln.

Name des anfallskranken Klienten:

Name des Beobachters:

Name der Einrichtung/Werkstatt:

Telefon:

Wann und wo hat sich der Anfall ereignet?

Ort:

Datum: Uhrzeit:

Wenn möglich, zunächst die *Anfallsmerkmale* ankreuzen und danach eine kurze *Anfallsbeschreibung* geben.

1. Vor dem Anfall

- wach schlafend müde
 stehend sitzend liegend

sonstiges:

keine Angabe möglich

Beschreibung in eigenen Worten

.....
.....
.....
.....
.....

2. Anfallsverlauf

Eigene Wahrnehmungen des Anfallskranken bei Anfallsbeginn (Aura):

keine Angaben möglich

Beschreibung in eigenen Worten

.....
.....
.....
.....

Anfallsbeginn: abrupt

- langsam – „schleichend“
 keine Angaben möglich

Sturz: ja nein

falls ja: „wie ein gefällter Baum“
 langsames Umsinken
 blitzartiges Zusammensacken
 keine Angaben möglich

.....
.....
.....
.....

Motorische Erscheinungen

Beschreibung in eigenen Worten

(tonische) Anspannung, „Verkrampfung“

	links	rechts	beidseits
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des ganzen Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- keine (tonische) Anspannung beobachtet
- keine Angaben möglich

zuerst betroffener Körperteil:

.....

Ausbreitung:

.....

Zuckungen

	links	rechts	beidseits
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- beidseitig synchron beidseitig asynchron
- vereinzelt rhythmisch

- keine Zuckungen beobachtet
- keine Angaben möglich

zuerst betroffener Körperteil:

.....

Ausbreitung:

.....

Automatismen

(z.B. Kaubewegungen/ Schmatzen, Schlucken, Strampeln, Wälzen, ...)

.....

- ja, und zwar (bitte rechts eintragen)
- nein

keine Angaben möglich

.....

Andere Bewegungen

	links	rechts	beidseits
Nesteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blickwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Bewegungen (bitte rechts beschreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreibung in eigenen Worten

.....

.....

Vokalisationen

- ja, und zwar (bitte rechts eintragen)
- nein
- keine Angaben möglich

.....

.....

.....

Reagibilität / Sprache

- vorhanden keine Angaben möglich
- eingeschränkt
- nicht vorhanden
- Sprache erhalten keine Angaben möglich
- Sprache **nicht** erhalten

.....

.....

.....

Blick

- starrer Blick: ja
- nein
- Augen: offen
- geschlossen

.....

.....

.....

Weitere Auffälligkeiten

- Speichelfluss Zungenbiss
- Tränenfluss Würgen
- Erbrechen Einnässen
- unfreiwilliger Stuhlabgang
- keine weiteren Auffälligkeiten
- Gesichtsfarbe: normal blass
- Lippenfarbe: normal bläulich

.....

.....

.....

.....

.....

3. Nach dem Anfall

Beschreibung in eigenen Worten

Dauer des Anfalls (in Minuten):

- Angaben geschätzt mit der Uhr gemessen

- Ende des Anfalls:** plötzlich
- langsam ausklingend

.....

.....

.....

.....

Reorientierung (Zeitdauer, bis wieder klar ansprechbar)

- sofort
- rasch (innerhalb von 10-20 sec.)
- bis 5 min.
- länger als 5 min.

Verhalten nach dem Anfall

- unauffällig
- müde, abgeschlagen
- erregt
- schlafend
- sonstiges, und zwar (bitte rechts eintragen):

Dauer (in Minuten):

- Angaben geschätzt
- mit der Uhr gemessen

Sprachstörung (Benennstörung)

- ja
- keine Angaben möglich
- nein

Dauer (in Minuten):

- Angaben geschätzt
- mit der Uhr gemessen

4. Mehrere Anfälle nacheinander

Beschreibung in eigenen Worten

.....

.....

.....

.....

Anzahl der Anfälle:

Innerhalb welcher Zeitdauer:

Zeitabstände zwischen den Anfällen:

- Angaben geschätzt
- mit der Uhr gemessen

Beschreibung in eigenen Worten

.....

.....

.....

5. Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....