

Persönlicher Fragebogen zu Epilepsie

Persönlicher Fragebogen zur Epilepsie

(© erarbeitet von der Arbeitsgruppe Epilepsie Dillingen, Juni 2002)

Name:

Geburtsdatum:

Erziehungsberechtigte:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Tagsüber erreichbar:

Jahrgangsstufe/Klasse:

Klassenlehrer/in:

Es muss zur Zeit mit Anfällen gerechnet werden.

☐ ja

☐ nein

Er/sie ist anfallsfrei seit:

Anfallsart (Diagnose):

Trägt er/sie einen Notausweis?

☐ ja

☐ nein

Lehrkräfte und Schulleitung können zusätzliche Informationen einholen bei (z.B. Hausarzt, Neurologe):

..... Tel./Fax:

(die Erziehungsberechtigten ermächtigen den behandelnden Arzt zu Auskünften bezüglich der Anfallserkrankung gegenüber Schulleitung und Lehrkräften)

Fragen zum Anfallsgeschehen

Name des/der Betroffenen:

1. Wie häufig treten Anfälle auf? (Monat, Woche, Tag)?

.....

2. Treten Anfälle im Tages-/Nachtverlauf regelmäßig auf? Wann?

.....

3. Genaue und ausführliche Beschreibung des Anfallsverlaufs:
(Tageszeit des Auftretens; Situation, aus der der Anfall auftritt; Anfallsbeginn: Kopf, Rumpf, Arme, Beine, Bewusstsein etc.) - Zur genauen Beschreibung auftretender Anfälle bitte den Bogen "Hilfe zur Anfallsbeobachtung" nach Informationszentrum Epilepsie (IZE), Bielefeld, verwenden.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Wie lange dauert ein Anfall in der Regel?

.....

5. Wann sollte der Arzt (die Rettungsleitstelle) benachrichtigt werden?

.....

6. Verliert der Betroffene im Anfall:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • die Haltungskontrolle (Sturz?) | ☐ ja | ☐ nein |
| • die Reaktionsfähigkeit (bewußt, aber nicht ansprechbar) | ☐ ja | ☐ nein |
| • das Bewußtsein | ☐ ja | ☐ nein |

7. Verhalten nach einem Anfall:

Ist der Betroffene nach dem Anfall

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • schläfrig? | ☐ ja | ☐ nein |
| • verwirrt und benommen? | ☐ ja | ☐ nein |
| • ansprechbar und reaktionsfähig? | ☐ ja | ☐ nein |
| • aggressiv? | ☐ ja | ☐ nein |
| • Hat der Betroffene nach dem Anfall Schmerzen? | ☐ ja | ☐ nein |

8. Braucht der Betroffene nach dem Anfall besondere Betreuung?

.....

.....

9. Gibt es typische Zeichen vor einem Anfall? (Empfindungen, Blässe, Übelkeit, Unruhe ...)

.....

.....

10. Kann der Betroffene Vorwarnungen nutzen, um sich zu schützen?

.....

11. Sind Schutzmaßnahmen vorzusehen? (Knieschutz, Sturzhelm...)

.....

12. Gibt es Faktoren, die einen Anfall auslösen? (Lichtreize, Übermüdung, ...)

.....

13. Gibt es Unterbrechungsmöglichkeiten für den Anfall?

.....

14. Folgende Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden?

Name: Dosierung: Tageszeit:

Name: Dosierung: Tageszeit:

Name: Dosierung: Tageszeit:

15. Ist die Gabe von Notfallmedikamenten notwendig?

(Nur in Absprache mit Eltern und Facharzt! Schriftliche Verordnung bitte in Kopie in Anlage!)

Name: Dosierung: Tageszeit:

Name: Dosierung: Tageszeit:

16. Gibt es bei einem Anfall Begleitsymptome psychischer Art, von denen wir wissen sollten, um ihren Sohn/Tochter nicht zu verkennen?

.....

.....

17. Sonstige Hinweise zum Anfallsgeschehen:

.....

.....

Vereinbarungen und Absprachen

Folgende Absprachen werden zwischen den Erziehungsberechtigten und KlassenlehrerIn getroffen (ggf. weitere Blätter anfügen):

Sonnenbestrahlung:

.....

Bildschirmarbeit:

.....

Filmvorführungen:

.....

Schwimmen:

.....

Sportbelastung:

.....

Sportgerätebenutzung:

.....

Umgang mit Werkzeugen und Maschinen:

.....

Ausflüge:

.....

Medikamentenkontrolle:

.....

Sonstiges (Nachteilsausgleich u.ä.):

.....

.....

.....

.....

Sollen die Mitschüler über die Krankheit informiert werden (zunächst in Kleingruppen / in der ganzen Klasse / unter Beteiligung des Betroffenen usw.)

.....

.....

.....

.....

Der/die KlassenlehrerIn informiert über diese Absprachen im weiteren folgende (Lehr-) Personen:

Name: Datum: Handzeichen:

Name: Datum: Handzeichen:

Name: Datum: Handzeichen:

Name: Datum: Handzeichen:

Name: Datum: Handzeichen:

Name: Datum: Handzeichen:

Kopien dieses Informationsblattes erhalten:

Eltern Hausarzt Neurologe Schülerakte

.....

Die vorliegenden Angaben datieren vom

Sie werden gemeinsam in Monaten, also in / 20..... neu überdacht.

Die Initiative dazu geht aus von

.....

Unterschriften:

.....

Erziehungsberechtigte KlassenlehrerIn

Anlagen:

.....