

Epilepsie-Notfall-Ausweis

Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt:	
Name	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
	Mobil <input type="text"/>
Im Notfall bitte informieren:	
Name	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
	Mobil <input type="text"/>

Bitte hier
Passfoto
einkleben!

Hier heraustrennen und immer mitführen!

ratiopharm GmbH, 89070 Ulm, www.ratiopharm.de

Art-Nr. 194 546



Behandlungskalender Epilepsie

Mit Notfall-
Ausweis!

ratiopharm

Gute Preise. Gute Besserung.

Erste Hilfe Maßnahmen

- Bewahren Sie Ruhe
- Beobachten Sie den Anfall genau, das Anfallsgeschehen ist wichtig für die Einordnung des Krampfanfalles
- Beengende Kleidungsstücke im Halsbereich lösen
- Vermeiden Sie Verletzungsgefahr
- Bringen Sie die Person in die stabile Seitenlage, da bei Anfällen oft der Speichelfluss erhöht ist
- Rufen Sie einen Arzt oder Krankenwagen, wenn mehrere Anfälle hintereinander auftreten, ohne dass der Patient dabei zu Bewusstsein kommt, der Anfall länger als 10 Minuten dauert oder Verletzungen auftreten

ratiopharm

Gute Preise. Gute Besserung.

Tipps und Hilfemaßnahmen

Erste Hilfe

- Bewahren Sie Ruhe
- Beobachten Sie den Anfall genau, das Anfallsgeschehen ist wichtig für die Einordnung des Krampfanfalles
- Beengende Kleidungsstücke im Halsbereich lösen
- Vermeiden Sie Verletzungsgefahr
- Bringen Sie die Person in die stabile Seitenlage, da bei Anfällen oft der Speichelfluss erhöht ist
- Rufen Sie einen Arzt oder Krankenwagen, wenn mehrere Anfälle hintereinander auftreten, ohne dass der Patient dabei zu Bewusstsein kommt, der Anfall länger als 10 Minuten dauert oder Verletzungen auftreten

Hinweise zur Vermeidung von Anfällen

- Regelmäßige Einnahme der vom Arzt verordneten Medikamente, möglichst zur gleichen Tageszeit
- Setzen Sie niemals ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt Ihre Medikamente ab oder ändern die verordnete Dosierung
- Dokumentieren Sie das Anfallsgeschehen in Ihrem Anfallskalender für die weitere Therapie
- Entwickeln Sie einen geregelten Schlaf-Wach-Rhythmus

Dieser Kalender gehört:

Frau/Herrn _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Geburtsdatum _____

Im Notfall bitte informieren:

Frau/Herrn _____

Telefon _____ Mobil _____

Behandelnder Arzt _____

Telefon _____ Mobil _____

Geburtsdatum _____

Praxisstempel

Hinweise zum Führen des Behandlungskalenders

Liebe Patientin, lieber Patient,

das regelmäßige Führen des Behandlungskalenders erleichtert Ihrem behandelnden Arzt die optimale Behandlung und liefert wertvolle Informationen für Ihre Einstellung.

Hier einige Tipps zum Ausfüllen der nachfolgenden Kalenderseiten:

- Tragen Sie bitte oben den Monat und das Jahr ein. Die Tage sind bereits vordruckt.
- Tragen Sie bitte in die Spalten die zutreffenden bzw. die von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin klassifizierten Symbole für die entsprechenden Anfallstypen ein:

✕ = Großer Anfall

■ = Kleiner Anfall

● = Absence

I = Psychomotorischer Anfall

+ = _____ *

- = _____ *

▲ = _____ *

* zur freien Anfallsklassifizierung

- In der Spalte Bemerkungen können Auffälligkeiten dokumentiert werden, z. B. Menstruation, etc.

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

✕ = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

✕ = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

✕ = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

✕ = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

× = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

✕ = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

✕ = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

✕ = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

× = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

✕ = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

✕ = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Monat _____ Jahr _____

Behandlungskalener

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

× = Großer Anfall ■ = Kleiner Anfall ● = Absence | = Psychomotorischer Anfall
 + = _____ - = _____ ▲ = _____

Datum	6-10 Uhr	10-14 Uhr	14-18 Uhr	18-22 Uhr	22-2 Uhr	2-6 Uhr	Bemerkungen
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							

Selbsthilfegruppen / weitere Informationsquellen

- www.nakos.de
- www.dag-selbsthilfegruppen.de
- www.epilepsie-online.de
- www.epilepsie-selbsthilfe.de
- www.epilepsie.sh
- www.ligaepilepsie.org
- www.izepilepsie.de
- www.stiftung-michael.de
- www.epilepsie-netz.de
- www.epilepsie-elternverband.de

Notizen:
