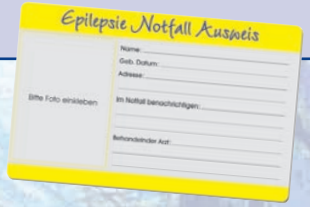
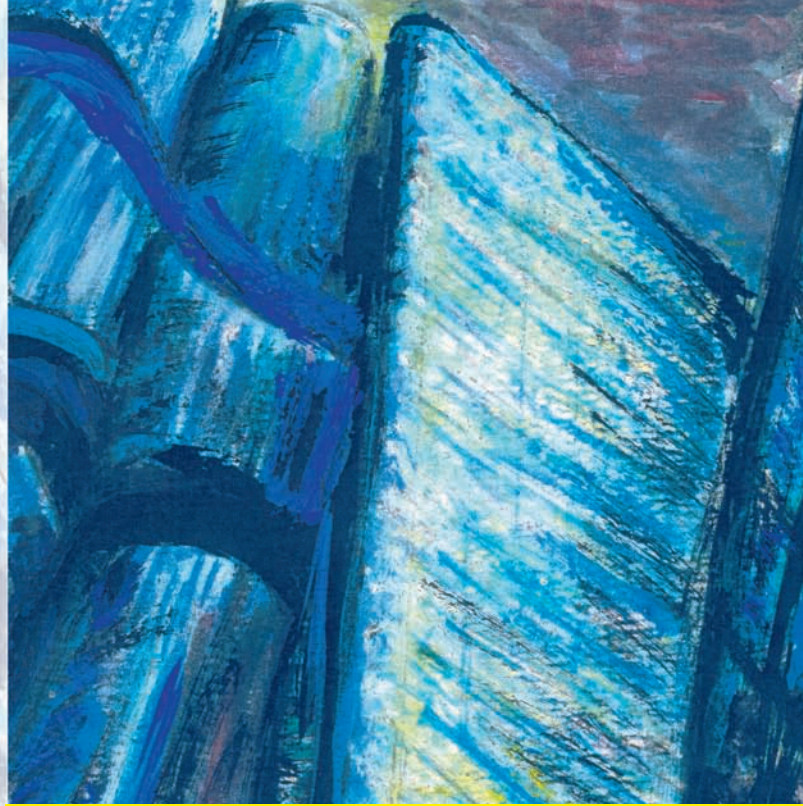
Erste Hilfe beim Anfall

- Nicht festhalten oder gewaltsam eingreifen!
- Absichern des Kranken, lockern der Kleidung, in stabile Seitenlage bringen!
- Ruhe bewahren und Anfall beobachten!
- Ärztliche Hilfe nur bei Verletzungen oder nach einer $^1/_4$ Stunde ohne Bewußtsein anfordern!
- Notruf: 110 oder 112



HEXAL AG
Neurologie & Psychiatrie
Industriestraße 25 · 83607 Holzkirchen
Tel.: 0 80 24/9 08 -0 · Fax: 0 80 24/9 08 12 90
E-Mail: service@hexal.de · www.hexal-zns.de

Art.-Nr.: 015438/06 07/2006



Behandlungskalender

Epilepsie

Arzneimittel Ihres Vertrauens

Patientendaten

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Geburtsdatum _____

Blutgruppe _____

Benachrichtigung im Notfall

1. Name, Vorname _____

   Telefon _____ Mobil _____

2. Name, Vorname _____

   Telefon _____ Mobil _____

Behandelnder Arzt

Arztstempel

Telefon _____ Mobil _____

Hinweise zur Anfallsvermeidung

- Nehmen Sie die verordneten Medikamente bitte regelmäßig und vorschriftsmäßig ein!
- Ändern Sie bitte niemals selbständig und ohne Rücksprache mit dem Arzt die Dosierung!
- Informieren Sie bitte bei Arztbesuchen andere Ärzte über Ihre Krankheit bzw. die Medikation!
- Informieren Sie bitte Ihren behandelnden Arzt über etwaige unerwünschte Wirkungen, sowie über zusätzlich eingenommene Medikamente (Schlafmittel, die »Pille« etc.)
- Besprechen Sie bitte eine geplante oder bestehende Schwangerschaft mit Ihrem Arzt!
- Denken Sie bitte an mögliche Einschränkungen durch die Krankheit bzw. durch die Medikamente (vermindertes Reaktionsvermögen etc.)

Vermeiden Sie bitte Risikofaktoren wie:

- Unregelmäßige Medikamenteneinnahme
- Alkoholkonsum, übermäßiger Kaffeegenuss
- Zu wenig Schlaf, unregelmäßiges Schlafen
- Körperlichen und seelischen Stress
- Übermäßige Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr
- Medikamentenmissbrauch

Nächster Arztbesuch

Datum	Uhrzeit	Arzt

Gebrauchsanweisung

Benutzen Sie bitte folgende Zeichen, um Art und Anzahl der Anfälle in die Zeitspalten einzutragen:

- o Großer Anfall
- ● Großer Anfall aus dem Schlaf
- + Kleiner Anfall und Absence
- – Psychomotorischer Anfall und Jackson-Anfall
- P für Periode (Dauer der Regelblutung)

Weitere Zeichen für Besonderheiten:

1 Vorheriger Alkoholgenuss
2 Vergessene Medikamenteneinnahme
3 Vorheriger Schlafentzug
4 Stress
5 Zungenbiss
6 Verletzungen
7 Aura
8 Einnässen
9 Einkoten

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Monat: _____ Jahr: _____

Anfälle/Uhrzeit

	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	2-6	Periode	Besonderheiten
Tag								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Therapieplan

Verordnungs-datum	Medikament	Dosierung			
		morgens	mittags	abends	nachts

Weitere Medikamente

Verordnungs-datum	Medikament	Dosierung			
		morgens	mittags	abends	nachts

Notizen

Notizen