

## 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 <b>ganzen</b> 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 <b>ganzen</b> 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**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....