

Weitere Verordnungen und Eintragungen des behandelnden Arztes:

Datum	

Erste Hilfe:

- Ruhe bewahren und den Ablauf des Anfalls genau beobachten.
- Bringen Sie die Person - sofern möglich - in die stabile Seitenlage und sorgen Sie bitte für eine weiche Kopfunterlage zum Schutz vor Verletzungen.
- Lockerung der Kleidung, besonders am Hals.
- Bewegungen nicht eindämmen. Nichts zwischen die Zähne schieben.
- Rufen Sie einen Krankenwagen, wenn mehrere Anfälle hintereinander auftreten oder der Patient bekanntermaßen einen ersten Anfall hat.

Behandelnder Arzt:

Im Notfall bitte informieren:

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr.: _____

Ich nehme folgende Medikamente:

Dieser Behandlungskalender gehört:

Name: _____
Vorname: _____



ANFALLSKALENDER
EPILEPSIE

JAHR:

DESTITIN ARZNEIMITTEL GMBH
Weg beim Jäger 214 22335 Hamburg
Telefon: 040 59101-0 Fax: 040 59101-400
Homepage: www.desitin.de
E-Mail: info@desitin.de

285034



Monat	Januar				Februar				März			
	Uhrzeit				Uhrzeit				Uhrzeit			
Tag	0-6	6-12	12-18	18-24	0-6	6-12	12-18	18-24	0-6	6-12	12-18	18-24
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												

Kontrolluntersuchung am:

Einzutragende Zeichen:

G Primär generalisierter tonisch-klonischer Anfall (**G**rand mal)

K Sekundär generalisierter tonisch-klonischer Anfall

Monat	April				Mai				Juni			
	Uhrzeit				Uhrzeit				Uhrzeit			
Tag	0-6	6-12	12-18	18-24	0-6	6-12	12-18	18-24	0-6	6-12	12-18	18-24
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												

Kontrolluntersuchung am:

F Fokaler Anfall

A Absence

M Myoklonischer Anfall

Monat	Juli				August				September			
	Uhrzeit				Uhrzeit				Uhrzeit			
Tag	0-6	6-12	12-18	18-24	0-6	6-12	12-18	18-24	0-6	6-12	12-18	18-24
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												

Kontrolluntersuchung am:

T Tonischer Anfall

● Andere Anfälle 1

▲ Andere Anfälle 2

X Andere Anfälle 3

P Periode

Monat	Oktober				November				Dezember			
	Uhrzeit				Uhrzeit				Uhrzeit			
Tag	0-6	6-12	12-18	18-24	0-6	6-12	12-18	18-24	0-6	6-12	12-18	18-24
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												

Kontrolluntersuchung am:

Die Einnahme des Medikamentes muss nach Vorschrift des Arztes regelmäßig und gewissenhaft erfolgen. Sollten während der Behandlung Beschwerden auftreten, informieren Sie bitte umgehend Ihre(n) Ärztin/Arzt.