

Fragebogen - Epilepsie

Kunde

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Geschlecht		Tel.	
Geburtsdatum		eMail	
Kundennummer		Antragsnummer	

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis.

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen. **Es ist nicht nötig, die Patientin oder den Patienten dazu aufzubieten.**

Körpergrösse: cm Gewicht: kg Datum:

Blutdruck: mmHg systolisch / mmHg diastolisch Datum:

Raucher/Raucherin: Nein Ja Falls ja, was? Anzahl/Tag? E-Zigaretten: Nein Ja

Hat früher geraucht: Nein Ja Seit wann nicht mehr?

Art der Epilepsie

- Kryptogenetische Epilepsie / sekundär
- Generalisierte idiopathische Epilepsie
 - Absenzen
 - Generalisierte motorische / tonisch-klonische Anfälle
 - Status epilepticus Anzahl der Episoden:
mit myoklonischen Anfällen: Nein Ja
- Fokale Epilepsie (partiell)
 - Einfach partielle Anfälle Komplex partielle Anfälle
- Andere Arten idiopathischer Epilepsien
 - Fieberkrampf Nächtliche Anfälle Reflexanfälle

Sonstiges:

Datum der Diagnose:

Ursache:

Tumor: Nein Ja

Nähere Angaben:

Zerebrale Gefässmissbildungen: Nein Ja

Nähere Angaben:

Datum der letzten Konsultation:

Häufigkeit der Anfälle

Anzahl der Anfälle pro Jahr:

Datum des letzten Anfalls:

Hospitalisierung aufgrund eines epileptischen Anfalls:

Nein Ja

wenn ja, wann:

In Behandlung:

Falls ja, welche?

Nein Ja

Beginn der Behandlung:

(Monat/Jahr)

Compliance:

Nein Ja

Falls nein, Begründung:

Ende der Behandlung:

Verhaltens- oder Persönlichkeitsveränderungen:

Nein Ja

Wenn ja, welche?

Anzeichen einer psychischen Störung oder verzögerten geistigen Entwicklung

Nein Ja

Wenn ja, welche?

Täglicher Alkoholkonsum:

Nein Ja

Wenn ja, welcher Alkohol?

Menge pro Tag?

dl

Konsum von therapeutischem Cannabis:

Nein Ja

Mit gültigem Rezept:

nein ja

Wenn ja, wie oft pro Woche:

Menge:

Durchgeführte Untersuchungen (z. B. Elektronenenzephalogramm, CT, MRT usw.)?

Nein Ja

Welche:

Datum:

Ergebnis?

Weitere Faktoren, die die Prognose beeinflussen können: (Beruf, Sport, Hobbys, Umfeld usw.)

Weitere Kommentare

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.