

FRAGEBOGEN Epilepsieambulanz

Verlauf

Datum: _____

aktuelle Telefonnummer: _____

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Mein Kind erhält folgende antiepileptische Medikamente:

Medikamentenname	morgens	mittags	abends

Weiterhin: Ketogene Diät/ modifizierte Atkins Diät VNS

Mein Kind erhält zusätzlich folgende Medikamente:

Medikamentenname	morgens	mittags	abends

Medikamentenallergie: nicht bekannt ja, folgende: _____

Anfälle in den letzten 3 Monaten:

Häufigkeit und Ablauf: siehe Anfallskalender siehe epivista

Ablauf verändert: _____

Folgende **Veränderungen** sind in den letzten 3 Monaten aufgefallen:

Müdigkeit, Aktivität: _____ Schlafverhalten: _____

Appetit: _____ Verhaltensveränderungen: _____

Andere: _____

Im Umfeld des Kindes gab es gravierende Veränderungen: _____

Betreuung: Pflegegrad: Pflegedienst: h/d Einzelfallhilfe: h/Wo

Sonderpädagogischer Förderbedarf Integrationsstatus Fahrdienst

Kita: _____ Schultyp: _____ Klasse: _____

Mein Kind erhält folgende funktionelle Therapie:

Krankengymnastik: _____ /Woche Ergotherapie: _____ /Woche Logopädie: _____ / Woche

Andere: _____ Anbindung SPZ/ weitere Versorgung: _____