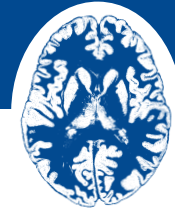


# Patientenausweis



Prof. Dr. Andreas Hufnagel  
NEUROLOGISCHE PRIVATPRAXIS

Name des Patienten

Anschrift

Telefon

## IM NOTFALL BITTE BENACHRICHTIGEN:

Name

Telefon



**ANFALLS-KALENDER**

Blumenstraße 11-15 • D-40212 Düsseldorf • Tel. (0211) 87 63 848-0  
Fax (0211) 87 63 848-30 • [www.neuro-consil.de](http://www.neuro-consil.de)

## Hinweise zum Gebrauch

### Beschreiben Sie Ihre Anfallstypen hier:

Benutzen Sie für den Kalendereintrag bitte die jeweiligen Symbole

**I** = Anfallstyp 1:

**X** = Anfallstyp 2:

**O** = Anfallstyp 3:

### Hinweis für Patientinnen:

Notieren Sie Zeitpunkt und Dauer der Periode in der dafür vorgesehenen Spalte **P**

### Auslösefaktoren und Medikation:

1. Notieren Sie bitte etwaige Auslösefaktoren unter Verwendung folgender Symbole:

**S** = Schlafmangel

**I** = Infektion (z.B. Erkältung, Magen-Darm-Grippe)

**UM** = unregelmäßige Medikamenteneinnahme

2. Tragen Sie bitte jede Änderung der medikamentösen antiepileptischen Behandlung in die entsprechende Spalte ein

## Medikation

Medikament

Dosis

1.

2.

3.

4.

Monat

Jahr

Monat

Jahr

**Aufgetretene Anfälle**

Tag	6 - 12 Uhr	12 - 22 Uhr	22 - 6 Uhr	P	Änderungen der Medikation Bemerkungen
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					

**Aufgetretene Anfälle**

Tag	6 - 12 Uhr	12 - 22 Uhr	22 - 6 Uhr	P	Änderungen der Medikation Bemerkungen
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					