

ANFALLSKALENDER

JAHR 20__

Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Strasse: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

Im Notfall verständigen
Name und Telefon: _____

Ärztliche Behandlung durch: _____
Telefonnummer des Arztes: _____



Medikamente (mit Bleistift eintragen):	Dosierung:	morgens	mittags	abends	spätabends

- Empfehlungen für Menschen mit Epilepsie:**
1. Lückenlose Medikamenteneinnahme.
 2. Arztkontrolle wie vereinbart.
 3. Vermeiden anfallsfördernder Umstände.
 4. Einnahme zusätzlicher Medikamente (z.B. Antibiotika, Antibabypille) mit Spezialisten klären.

JANUAR Anzahl Anfälle total: _____

	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
06-10																															
10-14																															
14-18																															
18-22																															
22-06																															
TOTAL																															

Besonderes: _____

FEBRUAR Anzahl Anfälle total: _____

	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	
06-10																														
10-14																														
14-18																														
18-22																														
22-06																														
TOTAL																														

Besonderes: _____

MÄRZ Anzahl Anfälle total: _____

	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
06-10																															
10-14																															
14-18																															
18-22																															
22-06																															
TOTAL																															

Besonderes: _____

APRIL Anzahl Anfälle total: _____

	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
06-10																														
10-14																														
14-18																														
18-22																														
22-06																														
TOTAL																														

Besonderes: _____

MAI Anzahl Anfälle total: _____

	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
06-10																															
10-14																															
14-18																															
18-22																															
22-06																															
TOTAL																															

Besonderes: _____

JUNI Anzahl Anfälle total:

	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
06-10																														
10-14																														
14-18																														
18-22																														
22-06																														
TOTAL																														

Besonderes:

JULI Anzahl Anfälle total:

	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
06-10																															
10-14																															
14-18																															
18-22																															
22-06																															
TOTAL																															

Besonderes:

AUGUST Anzahl Anfälle total:

	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
06-10																															
10-14																															
14-18																															
18-22																															
22-06																															
TOTAL																															

Besonderes:

SEPTEMBER Anzahl Anfälle total:

	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
06-10																														
10-14																														
14-18																														
18-22																														
22-06																														
TOTAL																														

Besonderes:

OKTOBER Anzahl Anfälle total:

	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
06-10																															
10-14																															
14-18																															
18-22																															
22-06																															
TOTAL																															

Besonderes:

NOVEMBER Anzahl Anfälle total:

	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
06-10																														
10-14																														
14-18																														
18-22																														
22-06																														
TOTAL																														

Besonderes:

DEZEMBER Anzahl Anfälle total:

	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
06-10																															
10-14																															
14-18																															
18-22																															
22-06																															
TOTAL																															

Besonderes:

Zeichenerklärung:

X = Generalisierter tonisch-klonischer Anfall **A** = Absence **O** = Andere Anfallsform: _____
S = Schlafmangel **M** = Menstruation