

Aarau, 03.08.2022

Tel. Sek. +41 062 838 93 61  
Fax +41 062 838 66 74  
neurologie@ksa.ch

## Fragebogen Epilepsie

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie wurden bei uns zum Video-EEG-Monitoring angemeldet, hierzu werden Sie in Kürze aufgeboten.

In der Anlage finden Sie Informationen zum Ablauf des Video-EEG-Monitorings. Wir möchten Sie bitten, diese in Vorbereitung auf die Untersuchung sorgfältig durchzulesen und Ihr Einverständnis mit einer Unterschrift zu bestätigen.

Gerne senden wir Ihnen vorbereitend einen Fragebogen zu. Dieser dient dazu, Sie auf die Fragen vorzubereiten, die wir Ihnen erneut stellen werden, in Kenntnis dessen, dass man über manche Fragen nachdenken muss bzw. Informationen bei anderen Menschen einholen muss. Beantworten Sie die Fragen, so gut es geht, sonst lassen Sie sie einfach offen, wir werden sie dann am Untersuchungstermin besprechen.

Weiterhin möchten wir Sie bitten, bis zur Untersuchung bei uns einen Anfallskalender zu führen – Gerne können Sie hierfür den Anfallskalender der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie von unserer Homepage herunterladen ([www.ksa.ch](http://www.ksa.ch) > Startseite > Zentren & Kliniken > Neurologie > Leistungsangebot > Epilepsien), ihn auf dem Smartphone z.B. auf der App Epi-Vista mobile führen oder einfach in Ihrer eigenen Agenda.

Wir bitten Sie, die Unterlagen zur Untersuchung mitzubringen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und freuen uns auf ein persönliches Kennenlernen!

Herzliche Grüsse

PD Dr. med. Markus Gschwind  
Leitender Arzt  
Leiter Epilepsiediagnostik

Dr. med. Mathias Tröger  
Leitender Arzt  
Leiter EEG-/EMG-Labor

## Informationen zum Video-EEG-Monitoring

*Warum wird ein Video-EEG-Monitoring durchgeführt?* Dafür gibt es grundsätzlich zwei Gründe:

1. Es soll geklärt werden, ob die Anfälle wirklich epileptische, d.h. vom Gehirn kommende Anfälle sind, oder
2. Sie leiden unter einer Epilepsie, die mit Medikamenten nicht ausreichend behandelt ist - in diesem Fall möchte man abklären, ob die Anfälle von einer Gehirnregion kommen, die speziell therapeutisch angegangen werden könnte.

In beiden Fällen ist es wichtig, Ihre typischen Anfälle auf Video aufzuzeichnen und gleichzeitig das EEG (die Hirnstromkurve) abzuleiten, um festzustellen, ob die Anfälle vom Gehirn kommen, und falls ja, aus welcher Gehirnregion.

*Wie wird ein Video-EEG-Monitoring durchgeführt?* Dafür werden kleine Metallelektroden auf die Kopfhaut geklebt. Im Bedarfsfall kann der Kleber mit einem Lösungsmittel rückstandsfrei entfernt werden. Mit diesen Elektroden werden Sie dann einige Tage in einem speziell dafür eingerichteten Zimmer auf der neurologischen Bettenstation verbrin-gen.



Über Ihrem Bett ist eine **Kamera** angebracht, die Sie rund um die Uhr, auch im Schlaf, filmt, damit wir alle Anfälle gut auswerten können. Gleichzeitig können wir Sie so am Stationszimmer sowie in einem Arztzimmer beobachten. Dadurch bleiben längere Anfälle, während derer Sie sich nicht melden können, nicht unbemerkt.

Sie werden zwei Klingelknöpfe haben – einen, um ganz normal das Pflegepersonal zu rufen, und einen anderen, um im EEG einen Anfall zu markieren. Wenn Sie selber einen Anfall oder dessen Vorboten spüren, betätigen Sie beide Klingeln. Dann kommt jemand vom Pflegepersonal und wird einige Tests mit Ihnen durchführen, um zu dokumentieren, welche Ausfälle bei Ihnen während eines Anfalles auftreten.

Um typische Anfälle (eventuell mehrere Anfälle) in einer absehbaren Zeit aufzeichnen zu können, kann es eventuell notwendig sein, diese zu provozieren. Dafür werden wir zusammen entscheiden die antiepileptische Medikation zu reduzieren oder ganz abzusetzen. Ausserdem hat es sich bei vielen Patienten bewährt, einen Schlafentzug durchzuführen, bei dem Sie bis 03:00h wach bleiben müssen und morgens um 06:00h bereits wieder geweckt werden. Dadurch kann es zu gehäuften Anfällen kommen oder stärkere Anfälle ausgelöst werden. Sobald eine ausreichende Zahl von Anfällen aufgezeichnet ist, wird die antiepileptische Medikation wieder aufgenommen.

Damit wir möglichst alle Anfälle filmen können, ist es notwendig, dass Sie den Tag über im Blickfeld der Kamera (also im Bett) bleiben – ins Bad und zur Toilette dürfen Sie natürlich gehen.

Sie dürfen zu Ihrer Sicherheit nicht das Zimmer verlassen also auch nicht in die Dusche, **oder zum Rauchen gehen. Für Raucher bieten wir deswegen Nikotinpflaster (Nicorette®) an oder einen Nikotininhalator.** Im Bett sind zu ihrer Sicherheit keine grossen Kissen erlaubt. In seltenen Fällen beim Auftreten von Anfällen, bei denen Sie zum Weglaufen oder zu aggressiven Verhaltensweisen neigen, könnte es notwendig sein, Sie kurzfristig während oder nach einem epileptischen Anfall zu Ihrem Schutz im Bett zu fixieren.

Einige ältere elektrische Geräte (z.B. CD-Player) können zu Störungen im EEG führen. Es ist daher wichtig, dass Sie diese Geräte nur nach Rücksprache mit Ärzten oder Mitarbeitern vom EEG-Team benutzen.

Ebenso ist es wichtig keine Decken, Trainingsanzüge oder Schlafbekleidung aus Kunststoffgewebe zu verwenden, weil dieses zu starker elektrostatischer Aufladung neigt und deshalb die Aufnahme unkontrolliert unterbrochen werden kann.

Wir hoffen, dass Ihnen diese Informationen weiterhelfen. Gerne stehen wir ihnen bei weiteren Fragen zur Verfügung.

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass ein Video-EEG-Monitoring wie oben beschrieben bei mir durchgeführt wird.

Ich hatte genügend Zeit, die damit verbundenen Vorsichtsmassnahmen zu diskutieren und habe diese verstanden.

Hiermit erkläre ich, dass ich einverstanden bin, dass meine Daten anonymisiert für wissenschaftliche oder zu Ausbildungszwecken verwandt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

# Fragebogen Epilepsie

## WANN?

1. Wann ist bei Ihnen erstmals ein Anfall aufgetreten? Datum?  
.....
2. Wie häufig haben Sie Anfälle? Einzelne, monatlich, wöchentlich?  
.....
3. Sind die Anfälle aus dem Schlaf oder im Wachen? Nachts oder am Tag?  
.....
4. Wann ereignete sich Ihr letzter Anfall?  
.....
5. Wann hat jemand einen Anfall beobachtet, der es beschreiben könnte? Wer?  
.....

## WAS?

6. Was bemerken Personen, die Sie beobachten, von den Anfällen?  
.....
7. Wie läuft ein Anfall ab? Immer gleich? Immer wieder unterschiedlich?  
.....
8. Was und in welcher Reihenfolge bemerken Sie vor, während oder nach einem epileptischen Anfall (z.B. Seh-, Hör-, Wortfindungsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Angstgefühl, Herzklopfen, Déjà-vu oder Jamais-vu)?  
.....
9. Können Sie die Vorahnungen nutzen, um sich zu schützen?  
.....
10. Wie lange dauern die Anfälle? Wie lange dauert es, bis Sie sich von einem Anfall wieder komplett erholt haben?  
.....

## WARUM?

11. Gibt es Auslöser oder Provokationsfaktoren für Ihre Anfälle? Wenn ja, welche?  
.....
12. Gibt es eine bevorzugte Uhrzeit für das Auftreten Ihrer Anfälle?  
.....

## FRÜHER?

13. Gab es bei Ihnen Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Ihrer Geburt? Welche?  
.....
14. Sind im Säuglings- oder Kleinkindesalter Fieberkrämpfe aufgetreten? (Alter? Dauer?)  
.....
15. Gab es Auffälligkeiten bei Ihrer Entwicklung (z.B. Sprechen oder Gehen lernen, Schulprobleme)?  
.....

16. Hatten Sie jemals eine Kopfverletzung die zu Bewusstlosigkeit, Gehirnerschütterung, Schädelbruch oder Gehirnverletzung geführt hat?  
.....
17. Sind Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark) wie z.B. Meningitis, Schlaganfall, Hirnblutung, MS oder Tumoren bei Ihnen bekannt? Welche?  
.....
18. Gibt es sonstige von der Epilepsie unabhängige Vorerkrankungen?  
.....

**JETZT?**

19. Was arbeiten Sie? Bekommen Sie AHV- oder IV-Leistungen?  
.....
20. Haben Sie einen Führerausweis? Fahren Sie Auto? LKW? Andere Kategorien?  
.....
21. Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht Kinderwunsch? Verhüten Sie, wenn ja, womit?  
.....
22. Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?  
.....

**FAMILIE?**

23. Sind bei Ihren Familienangehörigen Fieberkrämpfe, epileptische Anfälle oder eine Epilepsie aufgetreten? (Verwandtschaftsgrad und Form der Epilepsie/Anfälle?).  
.....
24. Wie, mit wem leben Sie? Schlafen Sie alleine?  
.....

**SIE SELBST?**

25. Trinken Sie Alkohol? Haben Sie Erfahrung mit Haschisch, anderen Drogen? Wie oft?  
.....
26. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen?  
.....
27. Haben Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren oder einem Gespräch zu folgen?  
.....
28. Fühlen Sie sich oft müde, antriebslos, niedergeschlagen, angespannt, gestresst?  
.....
29. Leiden Sie jetzt oder früher unter Kopfschmerzen?  
.....
30. Haben Sie Angst vor gewissen Situationen, oder leiden sie an unbestimmten oder spezifischen Ängsten?  
.....



