

## Fragebogen für die Epilepsieberatung

### 1. Angaben zum Tierbesitzer

**Vor- und Nachname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefon/Handy:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

### 2. Grund für die Beratung (Mehrfachauswahl möglich)

- Allgemeine Epilepsieberatung
- Zweitmeinung
- Medikamentöses Management

### 3. Angaben zum Tier

|  |                             |                               |                               |   |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| <p><b>Tierart:</b>      <input type="checkbox"/> Hund                      <input type="checkbox"/> Katze</p> <p><b>Name:</b> _____</p> <p><b>Rasse:</b> _____</p> <p><b>Geburtsdatum:</b> _____</p> <p><b>Geschlecht:</b>    <input type="checkbox"/> weiblich                      <input type="checkbox"/> männlich</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>Kastriert:</b></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table> <p><b>Aktuelles Gewicht:</b> _____ kg</p> | <b>Kastriert:</b>           | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | <p><b>Aktivität:</b>    <input type="checkbox"/> ruhig                      <input type="checkbox"/> normal                      <input type="checkbox"/> sehr aktiv</p> <p><b>Verhaltenstyp:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>nervös</b>      <input type="checkbox"/> ängstlich    <input type="checkbox"/> entspannt    <input type="checkbox"/> aggressiv</p> <p>Hat sich das Verhalten verändert?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, wie? _____</p> |
| <b>Kastriert:</b>  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                               |   |

### 4. Anfallsgeschehen

- **Erster Anfall:** \_\_\_\_\_
- **Anfallsformen:**  fokal     generalisiert     Serien- (Cluster-)anfälle
- **Anfallsbeschreibung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Während des Anfalls:**  Harnverlust  Kotabgang  Starkes Speicheln
  - **Ist ein Video vorhanden?**  Ja  Nein
  - **Ansprechbarkeit während des Anfalls:**  Ja  Nein  unsicher
- 

### 5. Anfallshäufigkeit und -Schwere

- **Im letzten Monat:** \_\_\_\_\_ Anfälle
  - **In den letzten 3 Monaten:** \_\_\_\_\_ Anfälle
  - **Im gesamten Leben:** \_\_\_\_\_ Anfälle
  - **Anfallsschwere (1-10):** \_\_\_\_\_
- 

### 6. Medikamentöses Management

**Welche Medikamente geben Sie aktuell Ihrem Hund (Auch für andere Erkrankungen)**

\_\_\_\_\_ in einer Dosierung von \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in einer Dosierung von \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in einer Dosierung von \_\_\_\_\_

**Geben Sie weitere Ergänzungspräparate?**

\_\_\_\_\_ in einer Dosierung von \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in einer Dosierung von \_\_\_\_\_

---

### 7. Nebenwirkungen

- Bewerten Sie das Auftreten von Nebenwirkungen auf einer Skala von 1 bis 10 (1 kaum bis 10 sehr schlimm):
    - **Gangstörungen:** \_\_\_\_\_
    - **Vermehrtes Trinken:** \_\_\_\_\_
    - **Schläfrigkeit:** \_\_\_\_\_
    - **Gewichtszunahme:** \_\_\_\_\_
- 

### 8. Notfallmanagement

- **Erfahrene Notfallmaßnahmen:**  
\_\_\_\_\_
  - **Wünschen Sie eine Beratung zum Notfallmanagement?**  Ja  Nein
-

## 9. Frühere Diagnostik

- **Wurden folgende Tests durchgeführt?**

- **Blutuntersuchungen:**  Ja  Nein

- **Bildgebung (CT, MRT):**  Ja  Nein

- **Andere:** \_\_\_\_\_

---

## 10. Offene Fragen / Wünsche

---

---

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen möglichst vor dem vereinbarten Termin an [kontakt@vet-krefeld.de](mailto:kontakt@vet-krefeld.de)