

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

Tierart: Hund Katze

Name: _____

Rasse: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Kastriert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------------	-----------------------------	-------------------------------

Aktuelles Gewicht: _____ kg

Aktivität: ruhig normal sehr aktiv

Verhaltenstyp:

nervös ängstlich entspannt aggressiv

Hat sich das Verhalten verändert?

ja nein

Wenn ja, wie?

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