

EPILEPSIE-KALENDER

Name:

Monat:

Jahr:

Tag		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	Summe	
GM Anfall (Bewusstlos, Sturz etc.)																																		
Kleiner Anfall mit „Abwesenheit“																																		
Sonstiges																																		
Vorgeföhl	ja/nein																																	
Zungenbiss	ja/nein																																	
Urinverlust	ja/nein																																	
Tageszeit	morgens																																	
	nachmittags																																	
	abends																																	
	nachts																																	
Schlafentzug	ja/nein																																	
Medikamenten-einnahme regelmäÙig	ja/nein																																	
Alkohol zuvor	ja/nein																																	
Therapie																																		

Name:

Monat:

Jahr:

Tag		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	Summe		
GM Anfall (Bewusstlos, Sturz etc.)																																			
Kleiner Anfall mit „Abwesenheit“																																			
Sonstiges																																			
Vorgeföhl	ja/nein																																		
Zungenbiss	ja/nein																																		
Urinverlust	ja/nein																																		
Tageszeit	morgens																																		
	nachmittags																																		
	abends																																		
	nachts																																		
Schlafentzug	ja/nein																																		
Medikamenten-einnahme regelmäÙig	ja/nein																																		
Alkohol zuvor	ja/nein																																		
Therapie																																			