

# Patienten-Fragebogen

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

## Liebe Patientin, lieber Patient,

epileptische Anfälle treten plötzlich und unvorhersehbar auf. Daher können Medikamente die Anfälle nur wirksam verhindern, wenn sie ständig in möglichst gleicher Menge im Gehirn präsent sind. Und das ist gar nicht so leicht zu erreichen. Einnahmefehler passieren sehr schnell, und man merkt sie häufig nicht. Es muss ja nicht sofort zu einem Anfall kommen. Wenn aber Einnahmefehler zu einem Anfall führen, ist es zu spät. Mit diesem Fragebogen können Sie überprüfen, wie Sie ggf. die Sicherheit Ihrer Tabletteneinnahme verbessern können. Der Teufel steckt oft im Detail. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, die Fragen durchzugehen.

An diesen Fragebogen soll sich eine Beratung anschließen, die Ihnen helfen soll, Ihre Einnahmesicherheit zu optimieren.

### 1. Wie oft am Tag sollen Sie Ihre Epilepsie-Medikamente einnehmen?

- 1 mal täglich       2 mal täglich       3 mal täglich       4 mal täglich

### 2. Wie nehmen Sie Ihre Epilepsie-Medikamente ein? (mehrere Angaben möglich)

- Ich nehme die Medikamente zu festen Uhrzeiten ein (z. B. um 08:00 Uhr und um 19:00 Uhr)
- Ich nehme die Medikamente immer bei bestimmten Tätigkeiten oder Gewohnheiten ein (z. B. vor oder nach dem Zähneputzen, zu den Mahlzeiten), und zwar:

---

---

- Ich benutze eine Erinnerungstütze oder ein anderes Hilfsmittel (z. B. Tabletten-Box, Handy-Alarm), um meine Medikamenten-Einnahme zu sichern, und zwar:

---

---

- Ich regele meine Einnahme anders, nämlich wie folgt:

---

---

### 3. Wenn Sie Ihre Medikamente vergessen haben einzunehmen, was machen Sie dann mit der ausgelassenen Dosis?

---

---

**Bitte wenden**

#### 4. Sind Sie manchmal unsicher, ob Sie Ihre Medikamente bereits eingenommen haben?

- Nein  Ja

Wenn ja:

Haben Sie eine Möglichkeit zu überprüfen, ob Sie die fragliche Dosis tatsächlich eingenommen haben?

- Nein  Ja, und zwar so:
- 
- 

#### 5. Was erschwert aus Ihrer Sicht die regelmäßige Medikamenten-Einnahme? (mehrere Angaben möglich)

- Die Zeiten der Einnahme passen schlecht zu meinem Tagesablauf.  
 Die Medikamente sind unangenehm einzunehmen (z. B. wegen der Tablettengröße oder wegen des Geschmacks).  
 Ich muss auch mittags Medikamente einnehmen.  
 Ich muss die Tabletten teilen.  
 Ich muss unterschiedliche Sorten von Tabletten einnehmen.  
 Ich habe Angst vor Nebenwirkungen.  
 Sonstige Schwierigkeiten:
- 
- 

- Ich habe keinerlei Schwierigkeiten, meine Medikamente regelmäßig einzunehmen.

#### 6. Wie beurteilen Sie die Wirkung\* der Medikamente gegen Ihre Anfälle?

- sehr gut:** keine Anfälle mehr  
 **gut:** deutlich weniger oder leichtere Anfälle  
 **befriedigend:** etwas weniger oder etwas leichtere Anfälle  
 **unbefriedigend:** Anfälle unverändert, vermehrt oder schwerer

#### 7. Wie beurteilen Sie die Verträglichkeit\* der Medikamente gegen Ihre Anfälle?

- sehr gut:** keinerlei Nebenwirkungen  
 **gut:** geringfügige Nebenwirkungen  
 **befriedigend:** Nebenwirkungen vorhanden aber noch erträglich  
 **unbefriedigend:** Nebenwirkungen erheblich, kaum erträglich

#### 8. Wie gut sind Sie über Epilepsie informiert?

- sehr gut  
 gut  
 mittel  
 schlecht

\*Bitte sprechen Sie für den Fall von Nebenwirkungen oder einer unzureichenden Wirksamkeit Ihren behandelnden Arzt an.