



Anfallskalender

Jahr: _____

Patient: Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer der Angehörigen: _____

Ärztliche Behandlung durch (Stempel):

Telefonnummer des Arztes: _____

Tagesdosierung der Medikamente (mit Bleistift eintragen):

Medikamente	morgens	mittags	abends	spätabends

Empfehlungen für Menschen mit Epilepsie:

1. Lückenlose Medikamenteneinnahme.
2. Arztkontrollen in den vorgeschriebenen Abständen.
3. Vermeiden anfallsfördernder Umstände wie Schlafmanko, Alkoholeinnahme.

Januar						Februar					März					April											
Tag	morgens	vormittags	nachmittags	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittags	nachmittags	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittags	nachmittags	abends	nachts	Total	Tag	morgens	vormittags	nachmittags	abends	nachts	Total
1							1							1							1						
2							2							2							2						
3							3							3							3						
4							4							4							4						
5							5							5							5						
6							6							6							6						
7							7							7							7						
8							8							8							8						
9							9							9							9						
10							10							10							10						
11							11							11							11						
12							12							12							12						
13							13							13							13						
14							14							14							14						
15							15							15							15						
16							16							16							16						
17							17							17							17						
18							18							18							18						
19							19							19							19						
20							20							20							20						
21							21							21							21						
22							22							22							22						
23							23							23							23						
24							24							24							24						
25							25							25							25						
26							26							26							26						
27							27							27							27						
28							28							28							28						
29							29							29							29						
30														30							30						
31														31							31						
Total						Total					Total					Total											

