

# Patientenausweis

Neurologische Praxis  
Privatdozent Dr. med. Bernd Sporer

Name des Patienten

Anschrift

Telefon

## **ANFALLS-KALENDER**

### **IM NOTFALL BITTE BENACHRICHTIGEN**

Name:

Tel:

Neurologische Praxis – PD Dr. B. Sporer  
Tal 13 – D-80331 München  
(089) 224747 – [www.neurologie-tal13.de](http://www.neurologie-tal13.de)

## Hinweise zum Ausfüllen des Kalenders

### Beschreiben Sie Ihre Anfallstypen hier:

Benutzen Sie im Kalender die jeweiligen Symbole

I = Anfallstyp 1:

X = Anfallstyp 2:

O = Anfallstyp 3:

### Hinweise für Patientinnen:

Notieren Sie Zeitpunkt und Dauer der Periode  
in der dafür vorgesehenen Spalte P

### Auslösefaktoren und Medikation:

1. Notieren Sie bitte Auslösefaktoren unter Verwendung folgender Symbole:

**S** = Schlafmangel  
**I** = Infektion (Erkältung, Magen/Darm-Grippe)  
**UM** = Unregelmäßige Medikamenteneinnahme

2. Tragen Sie bitte jede Änderung der medikamentösen Therapie in die entsprechende Spalte ein

## Medikation

Aktuelle Medikamente

Dosis

1.....  
2.....

3.....  
4.....

*Bisher verwendete Medikamente*

*Höchstdosis*

1.....  
2.....  
3.....  
4.....  
5.....

Jahr:

Monat:

Tag	6-12 Uhr	12-22 Uhr	22-6 Uhr	P	Änderung der Medikation/Bemerkung
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					

Jahr:

Monat:

Tag	6-12 Uhr	12-22 Uhr	22-6 Uhr	P	Änderung der Medikation/ Bemerkung
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					