



## Fragebogen für die Epilepsieberatung

**BrainCheck.Pet – Tierärztliche Praxis für Epilepsie**  
Dr. Dr. Benjamin Andreas Berk MSc, Resident ECVCN  
Sachsenstraße 103 · 68309 Mannheim  
Tel. (0) 621 – 43750944 Email: info@braincheck.pet

### ► Tierbesitzer / Praxisstempel (Bei zusätzlich vorliegendem Ernährungsberatungsbogen, dürfen Sie Seite 1 überspringen)

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Handy: \_\_\_\_\_  
eMail: \_\_\_\_\_

### ► Grund für die Beratung (Mehrauswahl möglich)

- Allgemeine Epilepsieberatung    Zweitmeinung    Medikamentöses Management  
 Nutritives Management    Neurodiätetische Ernährungsberatung im Details.

### ► Tier   Hund   Katze   Sonstiges: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_ Jahre   Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  weiblich    männlich   Kastriert:  ja    nein

### ► Gewicht   Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg   Geschätztes Ideal-/Endgewicht: \_\_\_\_\_ kg

\*bei Welpen: (Ideal-)Gewicht der Eltern: \_\_\_\_\_ kg (Vater)   \_\_\_\_\_ kg (Mutter)

Sind die Rippen fühlbar?    ja    nein

### ► Aktivität   ruhig, liegt viel   normal   sehr aktiv

### ► Verhaltenstyp   nervös, leicht gestresst   ängstlich   ausgeglichen   aggressiv

Hat sich das Verhalten in letzter Zeit verändert?    ja    nein

Wenn ja, inwiefern: \_\_\_\_\_

### ► Verdauung   Kotabsatz: \_\_\_\_\_ mal/Tag   Menge/Konsistenz: \_\_\_\_\_

Blähungen:  keine/kaum    normal    vermehrt

### ► Andere Beschwerden / Erkrankungen \*Bitte legen Sie, sofern vorhanden, die letzten Laborergebnisse bei.\*

Art der Erkrankung/Probleme/Symptome: \_\_\_\_\_

Seit wann: \_\_\_\_\_

Medikamente (Name, Dosis, Dauer, Abstand zur Fütterung): \_\_\_\_\_

## ► Anfallsgeschehen

Bitte geben Sie uns Auskünfte hinsichtlich dessen, ob der jeweilige Aspekt vorhanden ist oder war, kurze Details als Beschreibung oder entsprechende Prozentzahlen der Häufigkeit des Auftretens.

Zeitpunkt des ersten Anfalls: \_\_\_\_\_

Erstdiagnose: \_\_\_\_\_

Anfallsbeschreibung – Beschreiben Sie stichpunktartig den Verlauf eines durchschnittlichen Anfalls:

---

---

---

Während dem Anfall wird:  Harn verloren  Kot abgesetzt  Stark gespeichelt

Gibt es ein Video?  Ja  Nein - Bitte für die Akte zusätzlich an [benjamin.berk@tierarzt.strassenheim.com](mailto:benjamin.berk@tierarzt.strassenheim.com) senden.

Ist Ihr Tier während des Anfalls ansprechbar?  Ja  Nein  Ich bin mir nicht sicher.

Anfallsformen:  Fokal  Generalisiert  Serien in 24 h  Serien in mehr als 24 h

Status epilepticus, Wann? \_\_\_\_\_  Sonstige: \_\_\_\_\_

Postiktale Phase – Was für ein Verhalten wird nach einem Krampfanfall gezeigt?

---

---

## ► Verhalten - Charakter

Wie würden Sie ihr Tier vom Verhalten her beschreiben? \_\_\_\_\_

---

Haben Sie im Zuge der Epilepsie Veränderungen am Verhalten ihres Tieres bemerkt?

Ja  Nein Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

---

## ► Anfallszahlen

Bitte geben Sie uns Auskünfte hinsichtlich dessen, wie viele Anfälle und Anfallsarten in dem jeweiligen Zeitraum aufgetreten sind:

Zeitraum	Fokal	Generalisiert	Serienanfall ( X pro Serie)	Status epilepticus
Im letzten Monat:	_____	_____	_____ - ____ pro Serie	_____
In den letzten 3 Monaten:	_____	_____	_____ - ____ pro Serie	_____
Im gesamten Leben:	_____	_____	_____ - ____ pro Serie	_____

► **Anfallsschwere**

Bitte bewerten Sie die Anfallsschwere auf einer Skala von 1 bis 10 ( 1 mild, 5 moderat, 10 sehr schwer):

1            2            3            4            5            6            7            8            9            10

**Mild**

**Moderat**

**Sehr schwer**

► **Medikamentöses Epilepsiemangement**

Bitte geben Sie uns Auskünfte hinsichtlich der eingesetzten Medikamente, Dosis, Wirksamkeit:

Wirkstoff	Eingesetzt?	Wirksam?	Tablettengröße	Menge pro x Stunden
<b>Imepitoin</b> Pexion®	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ mg	_____ Tabletten alle _____ Stunden
<b>Phenobarbital</b> Luminal Vet, Luminal Human, Phenoleptil, Gardenal, Aphenylbarbit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ mg	_____ Tabletten alle _____ Stunden
<b>Kaliumbromid</b> Libromide, Dibro BE	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ mg	_____ Tabletten alle _____ Stunden
<b>Levetiracetam</b> Levetiracetam Generikum, Keppra®	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ mg	_____ Tabletten alle _____ Stunden
<b>Andere:</b> Wirkstoff: _____ Handelsname: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ mg	_____ Tabletten alle _____ Stunden

► **Alternative Behandlungsmethoden – Homöopathika, Bachblüten usw.**

Bitte geben Sie uns Auskünfte hinsichtlich der eingesetzten Produkte, Dosis, Wirksamkeit:

- Homöopathika     Bachblüten     Akkupunktur     spezielle Fütterungsform  
 Traditionelle Chinesische Medizin     Sonstiges: \_\_\_\_\_

Details: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ► Antiepileptika – Fütterungsanalyse (AFA)

Bitte geben Sie uns - nach zutreffendem Antiepileptika - Auskünfte hinsichtlich der Eingabe der eingesetzten Medikamente und der Fütterung:

Wirkstoff	Uhrzeiten der Eingabe	Tablettenmenge	Eingabe mit dem Futter?	
<b>Imepitoin</b>	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Pexion®	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Phenobarbital</b>	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Luminal Vet, Luminal Human,	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Phenoleptil, Gardenal,	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Aphenylbarbit				
<b>Kaliumbromid</b>	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Libromide, Dibro BE	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Levetiracetam</b>	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Levetiracetam Generikum,	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Keppra®	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Andere:</b>	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wirkstoff: _____	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Handelsname: _____	_____ Uhr	_____ mg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Fütterungszeiten:

	Vorhanden?	Uhrzeit?	Bemerkungen:
<b>Frühstück</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ Uhr	_____
<i>Zwischenmahlzeit</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ Uhr	_____
<b>Mittagessen</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ Uhr	_____
<i>Zwischenmahlzeit</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ Uhr	_____
<b>Abendessen</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ Uhr	_____
<i>Zwischenmahlzeit</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ Uhr	_____
<b>Nachtsnack</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ Uhr	_____

## Bemerkungen:

---



---

► Nebenwirkungsprofil der aktuellen Medikation / Behandlung

Bewerten Sie die das Auftreten einzelner Nebenwirkungen auf einer Skala von 1 bis 10, auch dezimale Werte sind möglich (z.B. 3,8).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Nicht vorhanden</b>	<b>Mild</b>	<b>Moderat</b>				<b>Sehr schwer</b>				
Nebenwirkungen in der Summe					Einschränkung der Lebensqualität					
Gangbildstörung (Ataxie)					Viel Trinken (Polydypsie)					
Gefräßigkeit (Polyphagie)					Viel Pinkeln (Polyurie)					
Schläfrigkeit (Sedation)					Mental eingeschränkt					
Andere: _____					Gewichtszunahme					

► Notfallmanagement

Bitte geben Sie uns Auskünfte hinsichtlich dessen, welches Notfallmanagement Sie kennen und welche Erfahrungen Sie gemacht haben:

Typus	Eingesetzt?	Wirksam?	Bemerkungen:
Diazepam-Rektaltuben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Midazolam-Nasalspray	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Levetiracetam als orale Pulsgabe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Levetiracetam als rektale Gabe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kaliumbromid als rektale Gabe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Wünschen Sie eine zusätzliche Notfallmanagementberatung und Aufklärung?  Ja  Nein

Brauchen Sie eine Alternative zum jetzigen Notfallplan?  Ja  Nein

## ► Vorausgegangene Diagnostik

Bitte geben Sie uns Auskünfte hinsichtlich der vorausgegangenen Diagnostik und Ergebnisse. Zeigen Sie alle vorliegenden Unterlagen zur Besprechung vor, Spiegel bitte mit Referenzbereich angeben:

Art	Durchgeführt?	Ergebnis?	Bemerkungen – Wann, Ergebnis?
<b>Differentialblutbild</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	_____
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	_____
<b>Organprofil/ Blutchemie</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	_____
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	_____
<b>Gallensäurestimulationstest</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	_____
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	_____
<b>Ammoniakmessung</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	_____
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	_____
<b>Relevante Infektionskrankheiten</b> (z.B. Neosporose, Borrelien)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	_____
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	_____
<b>Medikamentenspiegel von:</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	Phenobarbital: _____
	<input type="checkbox"/> Phenobarbital	<input type="checkbox"/> Nein	Bromide: _____
	<input type="checkbox"/> Bromid		Levetiracetam: _____
	<input type="checkbox"/> Levetiracetam		
<b>Urinuntersuchung</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	_____
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	_____
<b>Computertomographie (CT)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	_____
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	_____
<b>Magnetresonanztomographie (MRT)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	_____
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	_____
<b>Liquor- oder Hirnwasseruntersuchung.</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	_____
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	_____
<b>Andere:</b> _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	_____
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	_____

▶ Offene Fragen:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

▶ Ihre Ziele und Wünsche:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

▶ Anmerkungen - Notizen

---

---

---

---

▶ Haben Sie einen Haustierarzt zur lokalen Kooperation?  Ja.  Nein.  Ungeklärt.

Bitte geben Sie die Daten zu dem kooperierenden Haustierarzt an:

---

---

---

▶ Wodurch haben Sie von uns erfahren? \_\_\_\_\_

*\*Wurden Sie vom Tierarzt überwiesen? Dann geben Sie uns bitte den Namen für die Rücküberweisung an.*

Ich erteile Ihnen hiermit den Auftrag zur tierärztlichen Beratung, Inanspruchnahme tierärztlicher Dienstleistungen und bin damit einverstanden, dass mir die Kosten gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) nach Aufwand in Rechnung gestellt werden:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift