

Anfalls- kalender



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**

Patientendaten

Name _____

Straße _____

Wohnort _____ Tel. _____

Blutgruppe _____ Rhesusfaktor _____

Tetanus-Schutzimpfung _____ Vollschutz bis _____

Kraftfahrzeug _____

Krankenkasse _____

Neurologe _____ Tel. _____

Hausarzt _____ Tel. _____

Zahnarzt _____ Tel. _____

Krankenwagen _____ Tel. _____

Notruf: Polizei _____ Tel. _____

Feuerwehr _____ Tel. _____

Bitte benachrichtigen Sie bei einem Unfall _____

Anfallsbehandlung

Medikament	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Dosisänderung

ab

Medikament	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

ab

Medikament	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Weitere Medikamente

Hinweise zum Gebrauch

- Tragen Sie Zahl und Art der Anfälle mit folgenden Zeichen in die Spalten für die jeweilige Tageszeit ein:

● *großer Anfall aus dem Schlaf*

○ *großer Anfall aus dem Wachen*

⊕ *kleiner Anfall, Absencen*

✕ *psychomotorischer Anfall, Jackson-Anfall*

△ *Zeitpunkt und Dauer der Regelblutung
in der Spalte „Periode“ notieren*

- **Hinweis für Patientinnen:**
Notieren Sie Zeitpunkt und Dauer der Menstruation in der dafür vorgesehenen Spalte.
- Vermerken Sie die Zahl der eingenommenen Tabletten je Einnahmezeit in den entsprechenden Spalten
(morgens, mittags, abends, nachts).
- Vermerken Sie Ihre Medikamente und deren Verordnung in den vorgesehenen Spalten.

Ein Service von UCB Pharma GmbH



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**

UCB Pharma GmbH
Business Park Vienna
Wienerbergstraße 11/12a
1100 Wien
www.ucb.com



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**