

Ärztlicher Fragebogen

Name / Vorname :
Geburtsdatum :
Wohnadresse :
Eltern:

F.A.:



Weitere Fälle desselben Leidens in der Familie:

Blutsverwandschaft:

Epilepsie:

P.A.:

Hauptdiagnose:	
weitere Diagnosen:	

Schwangerschaft:

Geburt:

Status Datum:

Allgemeineindruck:

Gewicht:
Länge:
Kopfumfang:

Selbständigkeit:

Ankleiden
Essen
Toilette
Fortbewegung
Manuell
Sprache

Haut

Haare

Kopf/ Augen

Dyszephalie
Sehstörung/Visus:
Strabismus
Nystagmus

Gehör

Somatische Befunde(Herz, Lunge, Bauchorgane):

Skelett

Proportionen
WS-Anomalie

Genitale

Weitere schwere Krankheiten(Kinderkrankheiten, Operationen, Unfälle):

Spitalaufenthalte/Abklärungen(besonders bezüglich Hauptdiagnose):

Epilepsie(Anfallsabläufe[Anfallsart], Häufigkeit, besondere Massnahmen):

Bisherige Therapie(n):

Ort/Datum:

Unterschrift:

.....

.....