



PATIENTENDATEN

Name	Geburtsdatum/Alter
Rasse	Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ k
Gewicht	Datum

Mit diesem Fragebogen wird ein zweifacher Zweck verfolgt:

1. Feststellung, ob Ihr Tier an Epilepsie leidet
2. Falls eine Epilepsie vorliegt, weitere Informationen darüber zu erhalten.
3. Diese Informationen sind wichtig für uns, um
 - den Schweregrad der Epilepsie gut einschätzen zu können
 - die notwendigen diagnostischen Schritte vorzuschlagen
 - spezifische Behandlungsempfehlungen geben zu können
 - eine Nachsorge und Prognose vorschlagen zu können

Das Wort „Anfall“ in diesem Fragebogen bezieht sich auf die abnormen Episoden, die Ihr Hund oder ihre Katze zeigt.

DIE GESCHICHTE IHRES HUNDES

1. Wann haben Sie zum ersten Mal einen „Anfall“ bei Ihrem Hund oder Ihrer Katze bemerkt?
Datum: _____
oder Alter des Hundes oder der Katze:
2. Wann hatte Ihr Hund oder Ihre Katze das letzte Mal einen „Anfall“?
Datum: _____
3. Wie häufig hat Ihr Hund oder Ihre Katze durchschnittlich einen „Anfall“ (in den letzten 3-6 Monaten)?
_____ Mal pro Tag
_____ Mal pro Woche
_____ Mal pro Monat
_____ Mal pro Jahr

Hat Ihr Hund oder Ihre Katze seit weniger als 6 Monaten „Anfälle“: gehen Sie direkt zu Frage 7.

Hat Ihr Hund oder Ihre Katze seit mehr als 6 Monaten „Anfälle“, füllen Sie die Fragen 4, 5 und 6 aus.

4. Hat sich die Häufigkeit der „Anfälle“ (seit Beginn)
 - ☐ stark verringert?
 - ☐ mäßig verringert?
 - ☐ gleich geblieben?
 - ☐ geringfügig erhöht?
 - ☐ stark erhöht?
5. Hat sich die Dauer der „Anfälle“ (seit Beginn)
 - ☐ stark verringert?
 - ☐ mäßig verringert?
 - ☐ gleich geblieben?
 - ☐ geringfügig erhöht?
 - ☐ stark erhöht?

6. Ist die Schwere/Intensität der „Angriffe“ (von Anfang an)
- ☐ stark verringert?
 - ☐ mäßig verringert?
 - ☐ gleich geblieben?
 - ☐ geringfügig erhöht?
 - ☐ stark erhöht?
7. Wann hat Ihr Hund oder Ihre Katze die meisten „Anfälle“?
- ☐ am Abend
 - ☐ nachts
 - ☐ am Morgen
 - ☐ tagsüber
 - ☐ variabel
8. Gibt es bestimmte Faktoren, Auslöser oder Situationen, die Ihrer Meinung nach einen „Anfall“ auslösen könnten?
- ☐ Ja
 - ☐ Überanstrengung
 - ☐ Erregung/Stress
 - ☐ Kurz nach einer Mahlzeit
 - ☐ Nach der Einwirkung von Lichtveränderungen/Fernsehern/Sonnenlicht
 - ☐ Nach Lärmbelastung
 - ☐ Andere: _____
 - ☐ Nein
9. Wenn Ihr Hund oder Ihre Katze intakt ist (nicht kastriert), stellen Sie fest, dass die Häufigkeit von „Anfällen“ während der Läufigkeit zunimmt?
- ☐ Ja
 - ☐ Nein
 - ☐ Nicht zutreffend (Tier ist kastriert)
10. Besitzt ihr Hund/Katze einen Stammbaum?
- ☐ Ja (bitte senden sie eine Kopie per Mail oder bringen sie diese zu ihrem Termin mit)
 - ☐ Nein
11. Kennen sie Wurfgeschwister oder andere verwandte Tiere, die ebenfalls „Anfälle“ zeigen?
- ☐ Ja
 - ☐ Nein
 - ☐ Nicht bekannt
- Wenn sie mit „JA“ geantwortet haben, welche Verwandtschaft? _____
12. Leidet ihr Hund/ihre Katze an:
- ☐ Leberproblemen
 - ☐ Nierenproblemen
 - ☐ Herzproblemen
 - ☐ Allergie
 - ☐ Sonstiges: _____



EPI
CENTRUM



KLEINTIER
KLINIK
ETTlingen

13. Hatte ihr Hund/ihre Katze in der Vergangenheit folgende Probleme?

- ☐ Komplikationen während der Geburt als Welpen
- ☐ Kopftrauma (z.B. Zusammenstoß, Sturz,...)
- ☐ Meningitis (=Hirnhautentzündung)
- ☐ Entzündung des Rückenmarks/Gehirns/Nerven
- ☐ Andere schwerwiegende Krankheitsverläufe: _____

14. Welches Futter bekommt ihr Hund/ihre Katze ?

- ☐ Handelsübliches Futter (genauer gesagt z.B. Hills I/D, Royal Canin HA,..)
- ☐ Trockenfutter: _____
- ☐ Roh: _____
- ☐ Dosenfutter: _____
- ☐ Selbstgekocht

BESCHREIBUNG DER "ANFÄLLE"

Vor dem "Anfall"

15. Können sie die "Anfälle" ihres Hundes/ihrer Katze kommen sehen?

- ☐ Ja
Wie weit im Vorraus
- ☐ Minuten
- ☐ Stunden
- ☐ Tage
- ☐ Ich weiß es nicht
- ☐ Nein (gehen sie direkt zu b))

16. Welche Veränderungen stellen sie dann fest?

- ☐ Unruhe
- ☐ Unsicherer Gang
- ☐ Trägheit oder Müdigkeit
- ☐ Aggressivität
- ☐ Anhänglichkeit
- ☐ Starren
- ☐ Angst
- ☐ Desorientierung
- ☐ Sich isolieren
- ☐ Sonstiges: _____

Der "Anfall" selbst

17. Sehen die "Anfälle" ihres Hundes/ihrer Katze immer gleich aus?

- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß es nicht
- ☐ Nein, dann versuchen sie zu beschreiben, welche Art von "Anfall" sie am meisten beobachten

18. Beschreiben sie im Detail den "Anfall"

WÄHREND DES "ANFALLS"

A: Zu Beginn des "Anfalls"

19. Was ist das Erste, das sie direkt zu Beginn des "Anfalls" sehen?

Wenn der "Anfall" mit Muskelzuckungen beginnt, an welchem Körperteil sehen sie es als erstes?

- ☐ Am Kopf
- ☐ An den Augen
- ☐ An der Schnauze
- ☐ An den Beinen
 - ☐ Linkes Vorderbein
 - ☐ Rechtes Vorderbein
 - ☐ Linkes Hinterbein
 - ☐ Rechtes Hinterbein

B: Während des "Anfalls"

20. Können sie während des "Anfalls" folgendes beobachten:

- ☐ Speichelfluss
- ☐ Kreisende Bewegungen mit den Pfoten oder den Beinen
- ☐ Steifheit der Pfoten oder einer Pfote
- ☐ Fällt ihr Hund/ihre Katze auf den Boden (Seitenlage)
- ☐ Kaubewegungen
- ☐ Urinabsatz
- ☐ Kotabsatz

- ☐ Erbrechen
- ☐ Aggressivität
- ☐ Bellen
- ☐ Winseln
- ☐ Sonstiges: _____

21. Reagiert ihr Hund/ihre Katze auf das Rufen seines Namens während des "Anfalls"?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß es nicht

22. Denken sie, dass ihr Tier sie während eines "Anfalls" hört?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß es nicht

23. Denken sie, dass ihr Tier sie während eines "Anfalls" sieht?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß es nicht

24. Wie lange dauert der "Anfall"?

- ☐ 15-30 sec
- ☐ 30-60 sec
- ☐ 1-2 min
- ☐ 2-5 min
- ☐ 5-15 min
- ☐ >15 min: genauer _____

C: nach dem "Anfall":

25. Ist ihr Tier nach dem "Anfall" sofort wieder normal?

- ☐ Ja (weiter zu D)
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß es nicht

26. Wie lange dauert es, bis sich ihr Tier nach dem "Anfall" wieder normalisiert hat?

27. Beschreiben sie welche abnormale Verhaltensweisen sie nach dem "Anfall" beobachten

- ☐ Angst
- ☐ Zitteriger Gang
- ☐ Betäubt oder Müdigkeit
- ☐ Aggressivität
- ☐ Anhänglichkeit
- ☐ Starren
- ☐ Blindheit (stößt an Gegenstände)
- ☐ Unruhe

- ☐ Desorientiertheit
- ☐ Isolation
- ☐ Sonstiges: _____

D: Zwischen den "Anfällen":

38. Verhält sich ihr Tier zwischen den "Anfällen" normal?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
 - Beobachten sie die folgenden Dinge?:
 - ☐ Hyperaktivität
 - ☐ Müdigkeit
 - ☐ Schlechtes Zuhören/weniger gutes Ausführen von Aufgaben
 - ☐ Isolation
 - ☐ Mehr Anhänglichkeit
 - ☐ Ungehorsam
 - ☐ Abnormales Verhalten
 - ☐ starren
 - ☐ in der Ecke stehen
 - ☐ mit dem Kopf gegen die Wand laufen
 - ☐ ständiges herumlaufen
 - ☐ im Kreis laufen
 - ☐ Agressivität
 - ☐ Veränderter Appetit
 - ☐ Verändertes Trinkverhalten
 - ☐ Zerstörungswut
 - ☐ Verändertes Schlafverhalten
 - ☐ Veränderungen der Aktivität
 - ☐ sonstiges: _____

**CLUSTERS (MEHR ALS EIN "ANFALL" IN 24H) /
STATUS EPILEPTICUS ("ANFALL" DER LÄNGER ALS 5 MINUTEN ANHÄLT)**

39. Zeigt ihr Tier Cluster Anfälle?

- ☐ Ja
 - ☐ Jeden Monat
 - ☐ Alle 3 Monate
 - ☐ Alle 6 Monate
 - ☐ sonstiges: _____
- ☐ Nein

40. Zeigt ihr Tier einen status epilepticus?

- ☐ Ja
 - ☐ Jeden Monat
 - ☐ Alle 3 Monate
 - ☐ Alle 6 Monate
 - ☐ sonstiges: _____
- ☐ Nein

MEDIKATION

41. Nimmt ihr Tier Medikamente gegen Epilepsie?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn JA, welche?

Markenname® _____, Tabletten je _____ mg.

Anzahl der Tabletten? _____, _____ mal am Tag

Markenname® _____, Tabletten je _____ mg.

Anzahl der Tabletten? _____, _____ mal am Tag

Markenname® _____, Tabletten je _____ mg.

Anzahl der Tabletten? _____, _____ mal am Tag

42. Wann wurden die Medikamente gestartet?

Markenname® _____ Datum: _____

Markenname® _____ Datum: _____

Markenname® _____ Datum: _____

43. Geben sie das Medikament konsequent jeden Tag?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

43. Bekommt ihr Tier, abgesehen von den Epilepsie-Medikamenten, noch andere Medikamente?

- ☐ Ja
Welche? _____
- ☐ Nein

44. Wie wirksam sind ihrer Meinung nach die Medikamente bei der Kontrolle der "Anfälle"?

- ☐ Die "Anfälle" sind vollständig gestoppt
- ☐ Die "Anfälle" sind deutlich zurückgegangen (um die Hälfte oder mehr zurückgegangen)
- ☐ Die "Anfälle" sind leicht zurückgegangen (um weniger als die Hälfte zurückgegangen)
- ☐ Das Medikament hat die "Anfälle" nicht reduziert
- ☐ Die "Anfälle" haben zugenommen

45. Sind die "Anfälle" durch die Medikamente weniger intensiv geworden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

46. Halten die "Anfälle" durch die Medikamente kürzer an?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

47. Bemerken sie irgendwelche Nebenwirkungen des Medikaments?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn JA, welche?

- ☐ Vermehrtes Trinken
- ☐ Vermehrter Urinabsatz
- ☐ Vermehrter Hunger
- ☐ Verminderter Appetit

- ☐ Ruhiger als vorher
- ☐ Vermehrte Müdigkeit
- ☐ Vermehrte Lustlosigkeit
- ☐ Unkoordiniertes Gehen
- ☐ Erbechen
- ☐ Durchfall
- ☐ Hautprobleme
- ☐ Husten
- ☐ Unruhiger als vorher
- ☐ Aktiver als vorher
- ☐ Gewichtszunahme
- ☐ Gewichtsverlust
- ☐ Sonstiges?

48. Welche Auswirkungen haben die "Anfälle" auf die Lebensqualität ihres Tieres?

Kreuzen sie an:

0 = keine Auswirkung, 10 = stark beeinträchtigte Lebensqualität

0 1 3 4 5 6 7 8 9 10

49. Welche Auswirkungen haben die "Anfälle" auf ihre eigene/familiäre Lebensqualität?

Kreuzen sie an:

0 = keine Auswirkung, 10 = stark beeinträchtigte Lebensqualität

0 1 3 4 5 6 7 8 9 10

50. Welche Auswirkungen haben die Nebenwirkungen der Medikamente auf ihr Tier?

Kreuzen sie an:

0 = keine Auswirkung, 10 = stark beeinträchtigte Lebensqualität

0 1 3 4 5 6 7 8 9 10

51. Welche Auswirkungen haben die Nebenwirkungen der Medikamente auf ihre eigene/familiäre Lebensqualität? Kreuzen sie an:

0 = keine Auswirkung, 10 = stark beeinträchtigte Lebensqualität

0 1 3 4 5 6 7 8 9 10

Vielen Dank, dass sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben!

Senden sie uns noch gerne an info@kleintierklinik-ettlingen.de:

- Ein Video des Anfalls
- Eine Kopie der bereits durchgeführten Blutuntersuchungen

(mit Angabe Besitzernamen, Tiernamen und Termin)

Ihr Neurologie-Team
der Kleintierklinik Ettlingen