



## Leitfaden für das PädagogInnen - Eltern - Gespräch

Alle betreuenden Personen des betroffenen Kindes/ Jugendlichen sollten über die Epilepsie und das Anfallsbild informiert werden, denn nur so sind sie in der Lage bei einem Anfall richtig zu reagieren. Grundsätzlich ist ein offener Umgang und eine aktive Aufklärung sinnvoll und gilt als beste Vorbeugung gegen Vorurteile, Gerüchte und Schuldzuweisungen.

Der **Fragebogen** auf den folgenden Seiten wurde am Institut für Epilepsie entwickelt und kann als Gesprächsleitfaden verwendet oder als schriftliche Vereinbarung genutzt werden. Bei allen Fragen ist ausreichend Platz für Antworten. Sollte dennoch zu wenig Raum sein, fügen Sie ein Blatt hinzu, auf dem Sie alles beschreiben. Je genauer dies passiert, desto hilfreicher ist es für alle Beteiligten.



## Kontakt Daten bei Fragen

Institut für Epilepsie IfE Gemeinnützige GmbH

Georgigasse 12

A- 8020 Graz

Tel. +43 664 / 60 177 4110

E-Mail: office@institut-fuer-epilepsie.at

www.institut-fuer-epilepsie.at

## Liebe Eltern!

Lesen Sie sich den Fragebogen sorgfältig zu Hause durch und besprechen Sie innerhalb der Familie die Antworten. Füllen Sie den Fragebogen aber nicht einfach zu Hause aus. Es ist wichtig, dass dies mit dem/der KlassenlehrerIn gemacht wird, damit immer wieder nachgefragt werden kann, ob sie/er das richtig zusammengefasst hat, was Sie ihm/ihr berichten.

Man kann das Miterleben eines Anfalles nicht vorwegnehmen, aber je besser und sachlicher ein Anfall beschrieben wird, desto besser ist man auf das gemeinsame Bewältigen eines Anfalles vorbereitet, weil der/die ZuhörerIn eine Vorstellung bekommt, was ihn/sie erwartet. Das Durchbesprechen des Anfalles nimmt gleichzeitig die Angst etwas falsch zu machen.

Manche Kinder haben zwei oder drei Arten von Anfällen. Beschreiben Sie diese gesondert und bezeichnen Sie diese z.B. mit Anfallsart A, Anfallsart B, usw.

Sollten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens Schwierigkeiten haben und/oder Fragen auftauchen, nehmen Sie Kontakt mit dem Institut für Epilepsie auf.



Unter [www.institut-fuer-epilepsie.at](http://www.institut-fuer-epilepsie.at) kann der Fragebogen kostenlos im PDF-Format heruntergeladen werden.



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ich, Herr / Frau: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

erkläre mich hiermit einverstanden, dass folgender Arzt / folgende Ärztin

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Informationen über die Erkrankung meines Sohnes / meiner Tochter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

SozialversicherungsNr.: \_\_\_\_\_

an Herrn / Frau

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

geben darf.

Ich entbinde den oben genannten Arzt / die oben genannte Ärztin hiermit von seiner / ihrer ärztlichen Schweigepflicht.  
Ich kann die Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift PatientIn bzw. Erziehungsberechtigte/r

Hiermit bestätigt der/die InformationsempfängerIn, dass er/sie Informationen, die er/sie von dem oben genannten Arzt / der oben genannten Ärztin erhalten hat, nicht an Dritte weitergegeben werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pädagoge/i n

# PÄDAGOGINNEN - ELTERN - GESPRÄCH

## Persönlicher Fragebogen zur Epilepsie

Daten des Kindes / Jugendlichen
Name:
Geburtsdatum:
Klasse:
Erziehungsberechtigte/r:
Adresse:
Telefonnummer:
E-Mail:

Bei einem Anfall wird immer / in besonderen Fällen folgende Person benachrichtigt
Name:
Telefonnummer:
unter Tags erreichbar:

Ersatzperson:
Name:
Telefonnummer:
unter Tags erreichbar:

Fragen zur Epilepsie	
Anfallsart (Diagnose):	
Lehrkräfte und Schulleitung können zusätzliche Informationen einholen bei (z.B Hausarzt/Hausärztin, Neuropädiater/in):	
Name: .....	Tel.: .....
Name: .....	Tel.: .....
Name: .....	Tel.: .....

Schweigepflichtentbindung siehe Seite 8 oder zum Herunterladen unter: [www.institut-fuer-epilepsie.at](http://www.institut-fuer-epilepsie.at)

### Beschreibung des Anfallsverlaufes

**Anfallsbeginn / Gibt es ein Vorgefühl?** (z.B. Kribbeln, saures Aufstoßen, Sprachverlust, Wahrnehmen eines Geruches, etc)

Kann das Vorgefühl genutzt werden, um sich in Sicherheit zu bringen?

**Was passiert während des Anfalls:** (z.B. Kopf, Rumpf, Arme, Beine, Bewusstseinsverlust, Sprachverlust, fällt nach hinten, etc.)

Gibt es bei einem Anfall Begleitsymptome psychischer Art) Wenn **JA**, wie lange halten diese an?

Wie lange dauert ein Anfall in der Regel?

### Verhalten nach einem Anfall:

Ist der/die Betroffene nach dem Anfall... (Bitte kreuzen Sie zutreffendes an)

schläfrig

ansprechbar

Sonstiges

verwirrt und benommen

gereizt

Sprachschwierigkeiten

reaktionsfähig

Beschreibung des Verhaltens

Wie lange dauert dieser Zustand in etwa? .....

Hat der/die Betroffene nach dem Anfall Schmerzen?

Ja

Nein

Wie lange braucht der/die Betroffene bis zur vollen Reorientierung?

### Wie kann man bei oder nach einem Anfall unterstützen?

Wie kann man feststellen, dass der Anfall vorbei ist? (Ansprechen, Fragen stellen, Aufforderung zum Handdrücken, etc.)

Braucht der/die Betroffene nach dem Anfall besondere Betreuung?

Ja

Nein

Welche? (Schlafmöglichkeit, Getränk, etc.)

Wie lange braucht der/die Betroffene nach dem Anfall Ruhe? Wo kann er/sie sich hinsetzen oder hinlegen?

**Möchte ..... (Namen des Kindes/Jugendlichen) nach dem Anfall nach Hause?**

Der/die Betroffene kann in der Schule / im Kindergarten / im Hort bleiben.

Ja

und nach ..... (Zeitangabe) seine Tätigkeit wieder aufnehmen.

Nein

Der/die Betroffene wird abgeholt von:

Name: ..... Tel.: .....

Name: ..... Tel.: .....

- Kann der/die Betroffene mit einem Taxi nach Hause fahren? Wie lange soll nach dem Anfall gewartet werden bis der/die Betroffene nach Hause fahren darf? \*
- Kann der/die Betroffene mit öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause fahren? Wie lange soll nach dem Anfall gewartet werden bis der/die Betroffene nach Hause fahren darf? \*
- Der/die Betroffene wird nach Hause gebracht von ..... \*

\* Dem Alter entsprechend

in der Zwischenzeit (wohin setzen / hinlegen)

**Erste Hilfe: Verständigung der Rettung / des Notarztes / Notfallmedikament**

Die Rettung / der Notarzt ist zu rufen, wenn...

Notfallmedikament (siehe Fragebogen Seite 5)

**Informationen für den Notarzt / die Notärztin**

Der/die Betroffene hat eine Medikamentenunverträglichkeit / Allergie?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**Wann ist das Notfallmedikament zu verabreichen?**

Es wurde ein Notfallmedikament hinterlegt?  Ja  Nein

Wenn **JA** - Beschreibung des Bedarfsfalles:

Bei einem Anfall ist die Gabe eines Notfallmedikaments notwendig,

+ wenn der Anfall länger als ..... Minuten dauert.

+ Folgendes Medikament ist zu geben: .....

+ Dosierung: .....

+ Das Notfallmedikament wird an folgender Stelle aufbewahrt:

Folgende Personen sind über die Gabe des Notfallmedikaments informiert:

(Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass man instruiert wurde, wie das Medikament zu verabreichen ist.)

Name:

Unterschrift:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Für die Gabe eines Notfallmedikaments muss eine ärztliche Verordnung vorliegen, die den Bedarfsfall ausführlich beschreibt!

Häufigkeit der Anfälle
Es muss zurzeit mit Anfällen gerechnet werden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann war der letzte Anfall?
Wie häufig treten Anfälle auf? (Monat / Woche / Tag)
Treten Anfälle mit einer zeitlichen Abhängigkeit auf? Wann? (nur im Schlaf, nur morgens / abends, etc.)

Müssen Medikamente in der Schule / im Kindergarten / im Hort eingenommen werden?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn <b>JA</b> , um welche Medikamente handelt es sich dabei?
Name: ..... Dosierung: ..... Tageszeit: .....
Nimmt er/sie die Medikamente in Eigenverantwortung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn <b>Nein</b> , wer überwacht die Einnahme?

Schutzmaßnahmen
Gibt es Faktoren, die einen Anfall auslösen? (Lichtreize, Übermüdung, Schlafentzug, etc.)
Gibt es Unterbrechungsmöglichkeiten für den Anfall?
Sind Schutzmaßnahmen vorgesehen? (Helm, Knieschützer, etc.)

**Folgende Absprachen werden zwischen den Erziehungsberechtigten und PädagogInnen getroffen**

Sonnenbestrahlung:

Bildschirmarbeit:

Filmvorführung:

Sport:

Sportbelastung:

Schwimmen:

Umgang mit Werkzeugen und Maschinen:

Ausflüge:

Sonstiges: (Nachteilausgleich u.ä.)

Sollen die MitschülerInnen über die Krankheit informiert werden?  Ja  Nein  
zunächst in Kleingruppen / in der ganzen Klasse / unter Beteiligung des/der Betroffenen usw.

Die vorliegenden Angaben datiert vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ und werden gemeinsam in \_\_\_\_ Monaten, also voraussichtlich am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ neu überdacht. Die Initiative dazu geht von ..... aus.

**Unterschriften:**

.....  
Datum

.....  
Betroffene/r / Erziehungsberechtigte/r

.....  
Datum

.....  
Betroffene/r / Erziehungsberechtigte/r

Der / die KlassenlehrerIn / PädagogIn informiert über diese Absprache im weiteren folgende (Lehr-)Personen:

Name: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....

Kopien des Informationsblattes erhalten:

Eltern  weitere PädagogInnen Name.....

Hausarzt / Hausärztin  Sonstige Name.....

Neurologe / Neurologin

**Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.**

Bitte beachten Sie, dass das Notfallmedikament ein Ablaufdatum hat und daher regelmäßig ausgetauscht werden muss. Auch die dazugehörige ärztliche Verordnung sollte (in Kopie) immer wieder erneuert werden. Der nächste Gesprächstermin sollte sich an diesen Daten orientieren.

Weitere Anmerkungen: