

**Nebenwirkungen von Medikamenten gegen Anfälle (Antiepileptika)**

Wirksame Medikamente können Nebenwirkungen hervorrufen. Manchmal ist man sich nicht sicher, ob die Beschwerden (z.B. Müdigkeit) durch Medikamente oder durch etwas anderes verursacht werden. **Geben Sie bitte im Folgenden nur solche Beschwerden an, die nach Ihrer Meinung durch die Medikamente verursacht werden bzw. wurden.**

1 Bitte tragen Sie hier Ihren Namen (Nachname, Vorname) ein: \_\_\_\_\_

2 Welche Medikamente (Dosis) gegen Ihre Anfälle nehmen Sie zur Zeit ein?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 Bitte geben Sie das Datum und die Uhrzeit an, wann Sie diesen Bogen ausgefüllt haben:

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

4 Haben Sie zur Zeit (jetzt) Nebenwirkungen von Ihren Medikamenten gegen Anfälle?

nein     ja

5 Falls ja, welche Nebenwirkungen sind dies und wie stark werden Sie durch diese beeinträchtigt?

Nebenwirkungen <u>zur Zeit</u>	Zutreffendes bitte ankreuzen	Wie stark werden Sie durch diese Nebenwirkungen <u>jetzt</u> beeinträchtigt?		
		leicht	mittel	stark
1. Müdigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Innere Unruhe, Nervosität	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Probleme, sich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Probleme mit dem Gedächtnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Probleme mit dem Sprechen (z.B. deutlich zu sprechen, richtige Worte zu finden)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Denken verlangsamt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Reaktionen verlangsamt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gangunsicherheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Schwindel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zitterige Hände (Tremor)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gestörte Körperkoordination	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Doppelsehen/Sehstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Magenprobleme/Unwohlsein	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Erbrechen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Andere:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Andere:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Welche Nebenwirkungen davon beeinträchtigen Sie zur Zeit am meisten? (Bitte Nr. eintragen)

Nr. |\_\_|

Nr. |\_\_|

Nr. |\_\_|

7 Wie stark beeinträchtigen Sie zur Zeit die Nebenwirkungen insgesamt?

überhaupt nicht

leicht

mittel

stark

sehr stark

**8 Falls Sie in den letzten Tagen Nebenwirkungen hatten, zu welcher Tageszeit waren die Nebenwirkungen besonders ausgeprägt?**

- morgens (direkt nach dem Aufstehen)       nachmittags  
 vormittags (nach Einnahme der Medikamente)       abends (nach Einnahme der Medikamente)  
 mittags       vor dem Schlafengehen  
 hatte **keine** Nebenwirkungen

**9 Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Nebenwirkungen von Ihren Medikamenten gegen Anfälle?**

- nein       ja

**10 Falls ja, welche Nebenwirkungen waren dies und wie stark wurden Sie durch diese Nebenwirkungen in den letzten 4 Wochen beeinträchtigt?**

Nebenwirkungen in den letzten 4 Wochen	Zutreffendes bitte ankreuzen	Wie stark wurden Sie durch diese Nebenwirkungen <u>in den letzten 4 Wochen</u> beeinträchtigt?		
		leicht	mittel	stark
1. Müdigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Innere Unruhe, Nervosität	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Niedergeschlagenheit/Depressivität	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Probleme, sich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Probleme mit dem Gedächtnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Probleme mit dem Sprechen (z.B. deutlich zu sprechen, richtige Worte zu finden)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Denken verlangsamt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Reaktionen verlangsamt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Gangunsicherheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schwindel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Zittrige Hände (Tremor)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Gestörte Körperkoordination	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Doppelsehen/Sehstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Magenprobleme/Unwohlsein	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Erbrechen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Haarausfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hautprobleme/allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Veränderungen am Zahnfleisch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Andere:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Andere:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11 Welche Nebenwirkungen haben Sie davon am meisten beeinträchtigt? (Bitte Nr. eintragen)**Nr. Nr. Nr. **12 Wie stark haben die Nebenwirkungen Sie in den letzten 4 Wochen insgesamt beeinträchtigt?**

überhaupt nicht

leicht

mittel

stark

sehr stark

## Copyright FENAT-Fragebogen

Prof. Dr. Theodor May, Gesellschaft für Epilepsieforschung e.V., Bielefeld hält das Copyright am FENAT-Fragebogen (und deren Übersetzungen) in allen bereits existierenden und zukünftigen Versionen.

Jede Art der Modifikation, Zusammenfassung, Auslassung, Erweiterung usw. des FENAT-Fragebogens ist ohne vorherige schriftliche Erlaubnis des Autors nicht gestattet. Dies beinhaltet auch Veränderungen der Formulierung und Organisation der Fragebogenitems und des Begleittextes. Übersetzungen und Adaptionen sind ebenfalls nur mit vorheriger ausdrücklicher Erlaubnis und in enger Zusammenarbeit mit dem Autor möglich.

Die Vervielfältigung des FENAT-Fragebogen darf nur für den in der Nutzungsvereinbarung definierten Verwendungszweck erfolgen.

Bei der Verwendung des FENAT muss folgendes Copyright verwendet werden:

**FENAT © Epilepsie-Zentrum Bethel, Gesellschaft f. Epilepsieforschung, Bielefeld.**

Die kommerzielle Verwendung, Verbreitung bzw. Weitergabe an Dritte (Verkauf, Verleih, Lizenzierung) des FENAT-Fragebogen ist nicht gestattet.

Publikationen, in denen Ergebnisse veröffentlicht werden, die mit Hilfe des FENAT erhoben wurden, können sich auf folgende Quellenangaben beziehen:

*May, T.W., Brandt, C., Kassel, J. (2009). Evaluation of a self-report questionnaire for the assessment of adverse effects of antiepileptic drugs. Epilepsia, 50 (Suppl. 4), 104.*

*oder*

*May, T.W. (2013) Assessment of adverse effects of antiepileptic drugs: The patient's view. Epileptology; im Druck / doi:10.1016/j.epilep.2013.01.003*

Bielefeld, 01.06. 2013