

Fyll i inför läkarbesöket!

Datum: Barnets namn:

Viktigaste frågorna inför detta läkarbesök:
.....
.....

Har du/ditt barn besökt/varit inlagda på sjukhus senaste månaden?

Nej Ja Om ja, var? Orsak:
.....

Hur ofta kommer epilepsianfallen? varje dag varje vecka
varje månad anfallsfri Datum för senaste anfallet:

Beskriv anfallen:
.....
.....

Har anfallen ändrat karaktär? Nej Ja

Om ja, beskriv skillnaden:
.....
.....

Mediciner	Dosering	Receptbehov

Biverkningar: Nej Ja Om ja, vilka:

.....

Andra läkemedel, p-piller, kosttillskott: Nej Ja Om ja, vilka:

.....

Övriga frågor avseende sömn/förskola/skola/fritid:

.....

.....

.....

.....

***Glöm inte att ta fylla i detta formulär och ta med
eventuell anfallskalender till återbesöket!***