



Institut für Genetik, Bremgartenstr. 109a, CH-3001 Bern

^b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Institut für Genetik
Vetsuisse-Fakultät

Direktor

Merkblatt für Probeneinsendung Epilepsie

Für unser Forschungsprojekt zu den genetischen Ursachen von Epilepsie benötigen wir Proben von betroffenen Hunden, ihren Verwandten und nicht-betroffenen Kontrollhunden. Für die molekulargenetischen Forschungsarbeiten benötigen wir eine Blutprobe (**5 ml EDTA Blut**), welche vom Tierarzt entnommen werden muss. Die Blutproben müssen eindeutig und gut lesbar beschriftet werden. Folgende Informationen werden zusammen mit den Proben benötigt:

- **Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Datum der Probenentnahme**
- **Zuchtbuchnummer**
- **Kopie der Ahnentafel (gerne auch elektronisch als e-mail)**
- **Diagnose (bitte Fragebogen ausfüllen)**

Falls zusätzliche Untersuchungen durchgeführt wurden, hätten wir gerne Kopien dieser Befunde.

Blutproben sollten unmittelbar nach der Entnahme mit der normalen Post bei Raumtemperatur an unser Labor geschickt werden. Eine Kühlung ist nicht notwendig. Die Proben sollten unser Labor spätestens 3-4 Tage nach der Entnahme erreichen. Adresse für den Probenversand:

Prof. Dr. Tosso Leeb
Institut für Genetik
Bremgartenstr. 109a, Postfach 8466
3001 Bern
Schweiz

Tel +41 31 631-2326
Fax +41 31 631-2640

Wir bedanken uns im voraus für Ihre Mitarbeit. Der Erfolg dieses Forschungsprojekts hängt entscheidend von der aktiven Beteiligung der Züchter und Besitzer ab! Gerne stehen wir für die Beantwortung weiterer Fragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Tosso Leeb

Prof. Dr. Tosso Leeb
Institut für Genetik
Bremgartenstr. 109a, Postfach
3001 Bern
Switzerland

Tel. +41 31 631 23 26
Fax +41 31 631 26 40
Tosso.Leeb@itz.unibe.ch
www.genetics.unibe.ch/

2.15 Wie würden Sie den Charakter Ihres Hundes beschreiben?

- Lebhaft
 Verspielt
 Ruhig
 Niedergeschlagen
 Nervös
 Schüchtern
 Aggressiv
 Sonstiges, bitte spezifizieren:

2.16 Lebt Ihr Hund überwiegend drinnen oder draußen?**2.17 Wie viele Stunden am Tag ist Ihr Hund in Ihrer Gesellschaft oder in der Gesellschaft eines Ihrer Familienmitglieder (Zeit in der ein auftretender Anfall tatsächlich beobachtet werden kann) ?**

- Weniger als 5 Stunden / Tag
 5-10 Stunden / Tag
 10-15 Stunden / Tag
 15-20 Stunden / Tag
 Mehr als 20 Stunden / Tag

3. Allgemeine Fragen zur Epilepsie Ihres Hundes:**3.1 Alter des Hundes beim ersten Anfall: (bitte so präzise wie möglich).....****3.2 Datum des letzten Anfalls:****3.3 Wie viele Tage mit epileptischen Anfällen hatte Ihr Hund insgesamt bis jetzt?****3.4 In welchem Zeitabstand traten Anfälle zu Krankheitsbeginn auf? (in den ersten 6 Monaten)**

Der Zeitabstand zwischen zwei Anfallstagen betrug:

mindestens/ durchschnittlich...../ höchstens.....Tage.

3.5 In welchem Zeitabstand treten die Anfälle aktuell auf? (in den letzten 6 Monaten)

Der Zeitabstand zwischen zwei Anfallstagen beträgt:

mindestens/ durchschnittlich...../ höchstens.....Tage.

3.6 Durchschnittliche Dauer der Anfälle zu Krankheitsbeginn? (in den ersten 6 Monaten)

- < 1 Minute
 1-2 Minuten
 2-5 Minuten
 > 5 Minuten und zwar.....Minuten

3.7 Wie stufen Sie den Schweregrad der Anfälle zu Beginn der Erkrankung ein?

- Leicht
 Mittel
 Schwer

3.8 Wie lange dauern die Anfälle jetzt? (in den letzten 6 Monaten)

- < 1 Minute
 1-2 Minuten
 2-5 Minuten
 > 5 Minuten und zwar.....Minuten

3.9 Wie stufen Sie den Schweregrad der Anfälle jetzt ein? (in den letzten 6 Monaten)

- Leicht
 Mittel
 Schwer

3.10 Hatte Ihr Hund jemals mehrere Anfälle an einem Tag (Serienanfälle)?

- Ja, bisher insgesamt.....mal
 Nein

3.11 Falls ja, wie viele Anfälle hatte Ihr Hund innerhalb von 24 Stunden?

Mindestens Anfälle
 Durchschnittlich Anfälle
 Höchstens Anfälle

3.12 Falls ja, wie viele Tage mit Serienanfällen hatte Ihr Hund im Jahr?

Mindestens..... Tage / Jahr
 Durchschnittlich.....Tage / Jahr
 Höchstens.....Tage / Jahr

3.13 Falls ja, wurden auch Serienanfälle ohne vollständige Erholung zwischen den einzelnen Anfällen beobachtet (= Status epilepticus)?

- Nein
 Ja, anTagen
 Die Zeitspanne vom Beginn des Anfalls bis sich der Hund wieder vollständig erholt hatte betrug
 Mindestens.....Minuten / Stunden
 Höchstens.....Minuten / Stunden
 Durchschnittlich..... Minuten / Stunden

3.14 Traten Anfälle auf, die länger als 5 Minuten dauerten (= Status epilepticus)?

- Nein
 Ja, anTagen
 Dauer dieser Anfälle:
 Mindestens.....Minuten / Stunden
 Höchstens.....Minuten / Stunden
 Durchschnittlich..... Minuten / Stunden

3.15 Zeitspanne zwischen dem 1. Anfall und dem 1. Status epilepticus:**3.16 Wurde Ihr Hund jemals zur Behandlung von epileptischen Anfällen in eine Narkose gelegt?**

- Ja, und zwar bisher..... mal.
 Nein

3.17 Haben Sie irgendwelche auslösenden Faktoren bemerkt, die einen Anfall begünstigen?

- Stress
 Sexuelle Aktivität
 Wetter
 Eine bestimmte Tageszeit, welche?
 Eine bestimmte Jahreszeit, welche?
 Eine bestimmte Mondphase, welche?.....
 Sonstige auslösende Faktoren, welche?.....
 Keine auslösenden Faktoren

3.18 Falls Ihr Hund kastriert wurde, hat die Kastration die Anfälle vermindert?

- Ja, die Anfälle gingen deutlich zurück
 Ja, die Anfälle gingen etwas zurück
 Die Kastration hatte keinen Effekt
 Nein, die Anfälle verschlimmerten sich nach der Kastration

3.19 Verhält sich Ihr Hund zwischen den Anfällen völlig normal?

- Ja
 Nein, was ist der Unterschied zu normalem Verhalten?

.....

3.20 Haben die Anfälle das normale Verhalten Ihres Hundes verändert?

- Ja, inwiefern?

Nein

3.21 Gibt es Verwandte Ihres Hundes, die auch Epilepsie haben?

- Ja
 Nicht bekannt
 Nein

3.22 Falls ja, kennen Sie Namen und Verwandtschaftsgrad? (freiwillige Angabe)

Rufname / offizieller registrierter Name des Hundes / Verwandtschaftsgrad / derzeitiger Besitzer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Anfälle:**a) Phase vor dem Anfall (Stunden bis Tage vor dem Anfall):****4.1 In welcher Situation hat Ihr Hund gewöhnlich die Anfälle?**

- In Ruhe
 Im Schlaf
 Wach, bei normaler Aktivität
 Bei körperlicher Anstrengung
 Nach körperlicher Anstrengung
 Bei psychischer Anspannung
 Wenn Sie der Hund vermisst
 Nach dem Fressen
 Wenn er/sie lange nicht gefressen hat
 Wenn er/sie krank ist
 Bei intensiven Gefühlsregungen (Aggression, Kampf etc.)
 Anfälle ereignen sich in zufälligen Situationen ohne erkennbaren Bezug zu bestimmten Gefühlslagen

4.2 Können Sie voraussagen, wenn Ihr Hund einen Anfall bekommt?

- Ja
- Nein (*Bitte weiter bei Teil b*)

4.3 Welche Symptome/Verhaltensänderungen zeigt Ihr Hund vor einem Anfall?

- Schwindel
- Erbrechen
- Salivation / erhöhter Speichelfluss
- Hund ist unruhig
- Hund sucht den Kontakt zum Besitzer
- Hund wird aggressiv
- Sonstiges, bitte spezifizieren?

4.4 Wie lange vor dem Anfall können Sie diese Symptome beobachten?

- Weniger als 30 min
- 30-60 min
- 1-2 Stunden
- 2-6 Stunden
- 6-12 Stunden
- 12-24 Stunden
- 1-2 Tage
- Mehr als 2 Tage

4.5 Wie oft können sie einen Anfall korrekt vorhersagen?

- Nie
- In 25% der Fälle
- In 50% der Fälle
- In 75% der Fälle
- Jedes Mal

b) Anfall

Die Anfallsphase ist die Zeitspanne während des Anfalls sowie unmittelbar vor dem Anfall.

4.6 Haben Sie je einen Anfall vom Beginn bis zum Ende beobachtet?

- Ja
- Nein

4.7 Was macht Ihr Hund unmittelbar vor einem Anfall?

- Schläft
- Ist wach
- Läuft draußen herum
- Spielt
- Treibt Sport mit dem Besitzer
- Sonstiges, bitte spezifizieren

4.8 Können Sie die Zeit unmittelbar vor dem Beginn und den Beginn eines Anfalls genau beschreiben?

.....

.....

.....

.....

4.9 Haben Sie jemals versucht, unmittelbar vor einem Anfall Ihren Hund zu rufen oder Kontakt aufzunehmen?

- Ja
 Nein

4.10 Falls Sie die vorherige Frage mit ja beantwortet haben, bitte beschreiben Sie den Status des Bewusstseins Ihres Hundes!

- Völlig normal (*reagiert normal auf Sprache*)
 Abnormal, aber nicht völlig abwesend (*reagiert irgendwie auf Sprache oder Berührung*)
 Völlig abwesend (*reagiert in keiner Weise auf Sprache oder Berührung*)

4.11 Wie lange dauert ein typischer Anfall? (ohne die Phasen vor und nach dem Anfall)

Ein typischer Anfall dauert ca. min

Der kürzeste Anfall dauerte ca. min

Der längste Anfall dauerte ca. min

4.12 Beschreibung des Anfalls:

Geben Sie Ihre Einschätzung zur Bedeutung der einzelnen Symptome während eines typischen Anfalls Ihres Hundes an (Bitte alle Fragen beantworten).

In die Kästchen am Anfang der Zeile schreiben Sie bitte mit Zahlen die Reihenfolge, mit der die einzelnen Symptome während eines Anfalls auftreten. Wenn zwei oder mehr Symptome gleichzeitig auftreten, dann benutzen Sie bitte die gleiche Zahl für diese Symptome.

- | | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Versteifung Hals & Gliedmassen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Fallen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Lokales Muskelzucken | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Tremor | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Verdrehen des Kopfes | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Verkrampfen der Gesichtsmuskeln | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Kotabsatz | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Vorübergehender Atemstillstand | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Speichelfluss | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Pupillenerweiterung | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Kaubewegungen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Änderung der Körperhaltung | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Jagt seinem Schwanz hinterher | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Bewegt sich im Kreis | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Vorübergehende Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Starrer Blick | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Sucht die Nähe von Menschen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Stösst an Gegenstände | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Vorübergehender Sehverlust | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Bellen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |

4.13 Beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Anfalls Ihres Hundes:

.....

.....

.....

.....

4.14 Verlaufen alle Anfälle Ihres Hundes ähnlich?

- Ja
 Nein

4.15 Hatten Sie jemals den Eindruck, dass sich ein Körperteil Ihres Hundes während eines Anfalls anders als der Rest des Hundes verhält? Zum Beispiel stärkeres Krampfen etc.

- Ja, inwiefern?
- Nein

4.16 Konnten Sie jemals den Verlauf eines Anfalls beeinflussen?

- Ja, inwiefern?
- Nein

c) Phase nach dem Anfall**Zeitspanne: Minuten bis Stunden nach dem Anfall****4.17 Glauben Sie, dass Ihr Hund nach einem Anfall realisiert, was passiert ist?**

- Ja
 Nein
 Warum?

4.18 Haben Sie Angst vor den Reaktionen Ihres Hundes nach einem Anfall?

- Ja, Warum?
- Nein

4.19 Reagiert Ihr Hund, wenn Sie ihn nach einem Anfall rufen?

- Ja
 Nein

4.20 Haben Sie Ihrem Hund jemals nach einem Anfall ein Kommando gegeben?

- Ja
 Nein

4.21 Falls ja, was passierte?

- Der Hund gehorchte normal.
 Der Hund gehorchte, verhielt sich aber ungewöhnlich.
 Der Hund gehorchte nicht.

4.22 Bitte beschreiben Sie, was in den Minuten, Stunden und Tagen nach einem Anfall passiert und zu welcher Zeit nach dem Anfall die einzelnen Dinge passieren.

- Hund ist müde
 Hund läuft umher
 Hund ist aggressiv
 Hund trinkt
 Hund frisst
 Hund möchte nach draußen
 Hund möchte nicht aufstehen
 Hund würgt oder übergibt sich
 Sonstiges, bitte spezifizieren

4.23 Wie lange braucht Ihr Hund, bis er sich nach einem Anfall wieder in einen normalen Zustand befindet?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Weniger als 5 Minuten | <input type="checkbox"/> 1-2 Stunden |
| <input type="checkbox"/> 5-15 Minuten | <input type="checkbox"/> 2-6 Stunden |
| <input type="checkbox"/> 15-30 Minuten | <input type="checkbox"/> Mehr als 6 Stunden |
| <input type="checkbox"/> 30-60 Minuten | <input type="checkbox"/> Hund benimmt sich unmittelbar nach dem Anfall wieder normal |

5. Tierärztliche Untersuchungen und Gesundheitszustand des Hundes:

5.1 Hat ein Tierarzt die Diagnose Epilepsie bei Ihrem Hund gestellt?

- Ja
 Nein

Name/Adresse/Telefonnr. des behandelnden Tierarztes, sofern bekannt: (freiwillige Angabe)

.....

5.2 Welche Untersuchungen wurden bisher bei Ihrem Hund durchgeführt?

- | | |
|---|--|
| Neurologische Untersuchung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Blutuntersuchung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Leberfunktionstest (Gallensäuren, Ammoniak) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Elektroenzephalogramm (EEG) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Untersuchung des Liquor (Hirnwasserflüssigkeit) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Computertomographie (CT) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Kernspintomographie (MR) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Kardiologische (Herz-) Untersuchung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Andere Untersuchungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Falls ja, welche?.....

5.3 Wurde Ihr Hund jemals auf eine der folgenden Krankheiten getestet bzw. untersucht?

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Collie eye anomalie (CEA) | Ergebnis:..... |
| <input type="checkbox"/> Trapped Neutrophil Syndrom (TNS) | Ergebnis:..... |
| <input type="checkbox"/> Ceroid Lipofuscinosis (CL) | Ergebnis:..... |
| <input type="checkbox"/> MDR-1-Gendefekt | Ergebnis:..... |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenkdysplasie (HD) | Ergebnis:..... |

5.4 Hat Ihr Hund neben den Anfällen zurzeit noch andere ernste Gesundheitsstörungen?

- Nein
 Ja, welche

5.5 Hatte Ihr Hund in der Vergangenheit neben den Anfällen noch andere ernste Gesundheitsstörungen?

- Nein
 Ja, welche?.....

5.6 Erhält Ihr Hund aufgrund einer anderen Erkrankung Medikamente oder Therapien?

- Nein Ja, was/seit wann?.....

5.7 Hatte Ihr Hund je einen schweren Unfall mit Ohnmacht oder Verletzung des Kopfes?

- Nein Ja, was/wann?.....

5.8 Brauchte Ihr Hund während der ersten Lebenswochen eine spezielle Behandlung?

- Ja, welche?.....
 Nein

5.9 Gab es irgendwelche Komplikationen bei der Geburt Ihres Hundes?

- Nein
 Ja, welche?.....

5.10 Gibt es sonst eine relevante Vorgeschichte?

- Nein
 Ja, welche?.....

Fragen für Hündinnen**5.11 Hat Ihre Hündin Nachkommen?**

- Ja, Anzahl der Würfe?
- Nein

Fragen für Rüden**5.12 Zeigt Ihr Rüde normales Sexualverhalten?**

- Ja
 Nein, inwiefern ist es nicht normal?

5.13 Hat Ihr Rüde Nachkommen?

- Ja, Anzahl der Würfe?
- Nein

6. Fragen zu den Epilepsie Medikamenten:**6.1 Bekommt Ihr Hund regelmäßig Medikamente gegen die Anfälle?**

- Ja, seit.....
- Nein

6.2 Wie lange war der Abstand, zwischen dem 1. Anfall und dem Beginn der Medikamentengabe?

- Tage
- Wochen
- Monate
- Jahre
- Therapie begann unmittelbar nach dem 1. Anfall

6.3 Aktuelle Medikamente:

- Phenobarbital (Luminal[®]), Dosierung:.....seit.....
- Phenobarbital (Luminaletten[®]), Dosierung:.....seit.....
- Kaliumbromid (Dibro-BE mono[®]), Dosierung:.....seit.....
- Andere

6.4 Wird der Wirkspiegel des Medikaments/der Medikamente bei ihrem Hund kontrolliert?

- Nein
- Ja, die letzte Messung amergab folgende Werte:
- Phenobarbital.....
- Kaliumbromid.....
- Andere.....

6.5 Wurde die Dosierung der Medikamente seit der letzten Wirkspiegelkontrolle verändert?

- Ja, und zwar.....
- Nein

6.6 Haben die aktuellen Medikamente die Häufigkeit der Anfälle verringert?

- Die Anfälle werden vollständig unterdrückt.
- Die Anfälle reduzierten sich auf die Hälfte.
- Die Anfälle reduzierten sich, aber nur für einige Zeit
- Die Anfälle reduzierten sich ein wenig.
- Die Anfälle reduzierten sich gar nicht.

6.7 Haben die Medikamente die Intensität der Anfälle verringert?

- Nein
- Ja, inwiefern?

6.8 Zeigten sich bei Ihrem Hund Nebenwirkungen auf die Medikamente?

- Nein Hund trinkt mehr Erbrechen Gewichtszunahme
 Müdigkeit Bewegungsstörungen
 Sonstige, welche?.....

6.9 Schränken die Medikamente die Arbeitsfähigkeit / sportliche Leistung Ihres Hundes ein?

- Ja
 Nein

6.10 Haben Sie früher auch noch andere Medikamente gegeben?

- Nein
 Ja, welche?.....

6.11 Über welchen Zeitraum gaben Sie die Medikamente?.....**6.12 Wurde der Wirkspiegel der Medikamente bei ihrem Hund überprüft? Ja Nein**

Wenn Ja, kennen Sie die Werte; lagen die Werte im wirksamen Bereich? Ja Nein

6.13 Haben die früheren Medikamente die Häufigkeit der Anfälle verringert?

- Die Anfälle werden vollständig unterdrückt. Die Anfälle reduzierten sich ein wenig.
 Die Anfälle reduzierten sich auf die Hälfte. Die Anfälle reduzierten sich gar nicht.
 Die Anfälle reduzierten sich, aber nur für eine kurze Zeit

6.14 Haben die früheren Medikamente die Intensität der Anfälle verringert?

- Nein Ja, inwiefern?

6.15 Zeigten sich bei Ihrem Hund Nebenwirkungen auf die früheren Medikamente?

- Nein Hund trinkt mehr Erbrechen Gewichtszunahme
 Müdigkeit Bewegungsstörungen
 Sonstige, welche?.....

6.16 Geben/Gaben Sie Ihrem Hund irgendwelche pflanzlichen Wirkstoffe, Diäten, homöopathische oder andere alternative Medikamente gegen die Epilepsie?

- Nein Ja, welche?

6.17 Haben Sie Erfolge der alternativen Medikamente beobachtet?

- Ja, nur kurz Ja, dauerhaft Nein

6.18. Was füttern Sie Ihrem Hund? (mehr als eine Antwort möglich)

- Trockenfutter Nassfutter Ich koche selbst
 Spezielle Diät, welche?.....

6.19 Haben Sie einen Einfluß der Fütterung auf die Epilepsie beobachtet?

- Ja, welchen?.....

- Nein

6.20 Wie viele Anfälle Ihres Hundes würden Sie als gut tolerabel bzw. als guten Therapieerfolg einstufen?

- Anfälle pro Monat Anfälle pro Jahr lebenslange Anfallsfreiheit

