 ms forschungs- und projektentwicklungs-gGmbH	Erfassungsdatum	
	Dokumentierende Person	
	Pseudonym	
	Patienten Name	
	Patienten Vorname	

### A Patienteneinwilligung

1.1	Datum der Einwilligungserklärung	[ ][ ] . [ ][ ] . 20 [ ][ ] TT.MM.JJJJ	
1.2	Version(en) der aktuell eingeholten Einwilligung(en)		
	<input type="radio"/> MS-Register Ver. 1.0 <input type="radio"/> MS-Register Ver. 1.0.1	<input type="radio"/> MS-Register Ver. 1.0.2 <input type="radio"/> MS-Register Ver. 1.1	
1.3	Der Patient stimmt der Teilnahme am MS-Register zu.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
1.4	Der Patient stimmt der Teilnahme an weiteren Forschungsvorhaben zu.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
1.5	Der Patient stimmt der Möglichkeit einer Kontaktaufnahme zu.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein


### Ein- und Ausschlusskriterien

<i>Bitte überprüfen Sie die Einschlusskriterien.</i>			
2.1	Klinisch isoliertes Syndrom (KIS) oder Schubförmige MS ("relapsing-remitting", RRMS) oder Sekundär progrediente MS (SPMS) oder Primär progrediente MS (PPMS)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<i>Bitte überprüfen Sie die Ausschlusskriterien.</i>			
2.2	Nicht bestimmbarer MS Verlaufsform	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

### B Stammdaten

1.1	Geburtsdatum	[ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] MM.JJJJ	
1.2	Geschlecht	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich

### Diagnosekriterien

2.3	Welche Diagnosekriterien werden benutzt? <input type="radio"/> Poser <input type="radio"/> McDonald – Revision 2017 <input type="radio"/> McDonald – Revision 2010 <input type="radio"/> McDonald – Revision 2005		
		<input type="radio"/> keine Angabe / unbekannt <input type="radio"/> McDonald-Kriterien 1 <input type="radio"/> McDonald-Kriterien 2 <input type="radio"/> McDonald-Kriterien 3 <input type="radio"/> McDonald-Kriterien 4 <input type="radio"/> McDonald-Kriterien 5 <input type="radio"/> McDonald-Kriterien 6 ( <u>nur 2017</u> ) <input type="radio"/> Kriterien nicht zutreffend	
2.4	Liegt nach diesen Kriterien eine MS vor?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	<i>Hinweis: Bei Vorliegen eines klinisch isolierten Syndroms (KIS) ohne Erfüllung der Zusatzkriterien ist hier mit "nein" zu antworten.</i>		
2.5	Liegt ein klinisch isoliertes Syndrom (KIS) vor?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

### Anamnese

3.1	Beginn der Erkrankung	[ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] (MM).JJJJ <input type="radio"/> Datum unbekannt
3.2	Zeitpunkt der Diagnosestellung	[ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] (TT).(MM).JJJJ <input type="radio"/> Datum unbekannt


### Erstsymptomatik

4.1	Visusstörung (Sehstörung, Verschwommensehen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
4.2	Hirnstammfunktionen (Doppelbilder, Gefühlsstörung des Gesichts, Gesichtslähmung, Hörminderung, Sprachstörung, Schluckstörung)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
4.3	Motorische Störungen (Schwäche, Lähmungen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
4.4	Kleinhirnstörung (Koordinations-, Feinmotorikstörung, Tremor, Ataxie)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
4.5	Sensibilitätsstörungen (Missempfindungen, Gefühlsstörungen verschiedener Qualitäten)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
4.6	Blasenfunktionsstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
4.7	Darmfunktionsstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
4.8	Sexuelle Störungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt

4.9	Depression, Euphorie, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Erschöpfbarkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
4.10	Andere  <i>Wenn ja, bitte nennen:</i>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt

### Retrospektive Daten

5.1	EDSS vor 12 Monaten <u>vor Registeraufnahme</u>	[ ], [ ]
5.2	EDSS vor 24 Monaten <u>vor Registeraufnahme</u>	[ ], [ ]
5.3	Anzahl der Schübe in den letzten 12 Monaten <u>vor der Registeraufnahme</u>	[ ]
5.4	Anzahl der Schübe in den letzten 24 Monaten <u>vor der Registeraufnahme</u>	[ ]
5.5	Anzahl der Schübe seit Erkrankungsbeginn	[ ]

 ms forschungs- und projektentwicklungs-gGmbH	Erfassungsdatum	
	Dokumentierende Person	
	Pseudonym	
	Patienten Name	
	Patienten Vorname	

### C Soziodemografische Daten

1.1	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> In schulischer Ausbildung</li> <li><input type="radio"/> Kein Schulabschluss</li> <li><input type="radio"/> Hauptschulabschluss</li> <li><input type="radio"/> Realschulabschluss / Mittlere Reife</li> <li><input type="radio"/> Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)</li> <li><input type="radio"/> Fachhochschulreife</li> <li><input type="radio"/> Hochschulreife (Abitur)</li> <li><input type="radio"/> keine Angabe / unbekannt</li> </ul>
1.2	Höchste berufliche Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> In beruflicher Ausbildung</li> <li><input type="radio"/> Keine abgeschlossene berufliche Ausbildung</li> <li><input type="radio"/> Abgeschlossene berufliche Ausbildung</li> <li><input type="radio"/> Abgeschlossene Hochschulausbildung (oder Vergleichbares)</li> <li><input type="radio"/> keine Angabe</li> </ul>
1.3	Aktuelle Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Berufliche oder schulische Ausbildung / Weiterbildung / Umschulung</li> <li><input type="radio"/> Berufstätig (Vollzeit)</li> <li><input type="radio"/> Teilzeitbeschäftigt (ohne vorzeitige Berentung)</li> <li><input type="radio"/> Vorzeitige Berentung                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Erwerbsminderungsrente (inklusive Berufsunfähigkeitsrente) <u>ohne</u> Hinzuverdienst</li> <li><input type="radio"/> Erwerbsminderungsrente (inklusive Berufsunfähigkeitsrente) <u>mit</u> Hinzuverdienst</li> </ul> </li> <li>↳ Jahr der vorzeitigen Berentung [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] (MM).JJJJ</li> <li><input type="radio"/> Altersrente / Pension                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <u>ohne</u> Hinzuverdienst</li> <li><input type="radio"/> <u>mit</u> Hinzuverdienst</li> </ul> </li> <li><input type="radio"/> Arbeitslos</li> <li><input type="radio"/> Hausfrau / Hausmann</li> <li><input type="radio"/> Pflege- / Elternzeit</li> <li><input type="radio"/> Bundesfreiwilligendienst / FSJ / FÖJ</li> <li><input type="radio"/> keine Angabe</li> </ul>

1.4	Gibt es durch die MS bedingte Einschränkungen der aktuellen Tätigkeit?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> keine Angabe
		<i>Wenn ja, in welchem Ausmaß?</i>		
		<input type="radio"/> Aufgabe / Unterbrechung der Tätigkeit <input type="radio"/> Reduktion der Tätigkeit <input type="radio"/> keine Angabe		
1.5	Familiäre Situation	<input type="radio"/> Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> Alleinlebend <input type="radio"/> keine Angabe		
1.6	Häusliche Unterstützung	<input type="radio"/> ja, Unterstützung durch Familie, Freunde, Partnerschaft <input type="radio"/> nein, Patient ist auf sich allein gestellt <input type="radio"/> keine Angabe		
1.7	Bitte wählen Sie das Bundesland aus, in dem der Patient wohnt.	<input type="radio"/> Baden-Württemberg <input type="radio"/> Bayern <input type="radio"/> Berlin <input type="radio"/> Brandenburg <input type="radio"/> Bremen <input type="radio"/> Hamburg <input type="radio"/> Hessen <input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern <input type="radio"/> Niedersachsen	<input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen <input type="radio"/> Rheinland-Pfalz <input type="radio"/> Saarland <input type="radio"/> Sachsen-Anhalt <input type="radio"/> Sachsen <input type="radio"/> Schleswig-Holstein <input type="radio"/> Thüringen	

## D Verlaufsdaten

### 1. Bestimmung des MS-Verlaufs

1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Klinisch isoliertes Syndrom (KIS)</li> <li><input type="radio"/> Schubförmige MS („relapsing-remitting“, RRMS)</li> <li><input type="radio"/> Sekundär progrediente MS (SPMS)</li> <li><input type="radio"/> Primär progrediente MS (PPMS)</li> <li><input type="radio"/> nicht bestimmbar</li> </ul>	Falls eine sekundär progrediente MS (SPMS) vorliegt: Wann erfolgte der Übergang zur SPMS? [][] . [][] . 20[][] (TT).(MM).JJJJ
-----	--	---

### 2. Aktueller EDSS

2.1	EDSS Score	[][], []
2.2	Bestimmungsdatum des EDSS-Scores	[][] . [][] . 20[][] (TT).(MM).JJJJ

### 3. MRT

3.1	Wurde seit der letzten Konsultation ein MRT durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
<i>Falls ja, bitte jedes MRT einzeln dokumentieren</i>				
1.1	<b>MRT 1:</b> Welche Art von MRT wurde durchgeführt?	<input type="radio"/> kranial	<input type="radio"/> spinal	
1.2	Datum der MRT-Untersuchung	[][] . [][] . 20[][] (TT).(MM).JJJJ		
1.3	Wurde beim MRT Kontrastmittel verwendet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.4	Ergebnis der MRT-Untersuchung	<input type="radio"/> KM-aufnehmende Herde		<input type="radio"/> stabil
		<input type="radio"/> neue(r) oder vergrößerte(r) Herd(e) (T2/FLAIR)		<input type="radio"/> unbekannt
1.1	<b>ggf. MRT 2:</b> Welche Art von MRT wurde durchgeführt?	<input type="radio"/> kranial	<input type="radio"/> spinal	
1.2	Datum der MRT-Untersuchung	[][] . [][] . 20[][] (TT).(MM).JJJJ		
1.3	Wurde beim MRT Kontrastmittel verwendet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.4	Ergebnis der MRT-Untersuchung	<input type="radio"/> KM-aufnehmende Herde		<input type="radio"/> stabil
		<input type="radio"/> neue(r) oder vergrößerte(r) Herd(e) (T2/FLAIR)		<input type="radio"/> unbekannt

**4. Schübe**

4.1	Liegt aktuell ein Schubereignis vor?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
-----	--------------------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------

**Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC)**

**5. Strecke-Zeit-Test (7,62 m - Strecke)**

5.1	Wurde der Strecke-Zeit-Test durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<i>Gehstrecke auf Zeit - Versuch 1</i>			
5.2	Zeit in Sekunden	[ ][ ][ ]:[ ][ ](sss:ms)	
5.3	1. Versuch abgebrochen	<input type="radio"/> ja	
5.4	Wenn Versuch 1 abgebrochen wurde, bitte begründen:		
5.5	Wurde ein zweiter Versuch durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<i>Gehstrecke auf Zeit - Versuch 2</i>			
5.6	Zeit in Sekunden	[ ][ ][ ]:[ ][ ](sss:ms)	
5.7	2. Versuch abgebrochen	<input type="radio"/> ja	
5.8	Wenn Versuch 2 abgebrochen wurde, bitte begründen:		

**Gehstrecke auf Zeit - Hilfsmittel**

5.9	Der Patient trug eine Beinschiene/ Sprunggelenkstütze	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> keine Angabe	
Es wurden folgende Hilfsmittel benutzt:					
5.10	Stock/Stöcke	<input type="radio"/> keine Angabe	<input type="radio"/> einseitig	<input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> nein
5.11	Unterarm-Gehstütze(n)	<input type="radio"/> keine Angabe	<input type="radio"/> einseitig	<input type="radio"/> beidseitig	<input type="radio"/> nein
5.12	Rollator	<input type="radio"/> keine Angabe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Mehr als zwei Versuche:					
5.13	Der Patient benötigte mehr als 2 Durchgänge, um 2 Untersuchungen erfolgreich zu beenden.	<input type="radio"/> ja			
5.14	Wenn ja, bitte begründen:				

**6. Steckbrett-Test (9-Hole-Peg-Test)**

6.1	Wurde der Steckbrett-Test durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
6.2	Dominante Hand	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links

**Dominante Hand - Durchgang 1**

6.3	Zeit in Sekunden	[ ][ ][ ]:[ ][ ] (sss:ms)
6.4	Durchgang 1 abgebrochen	<input type="radio"/> ja
6.5	Wenn Durchgang 1 abgebrochen, bitte begründen:	
6.6	Wurde ein zweiter Versuch durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Dominante Hand - Durchgang 2**

6.7	Zeit in Sekunden	[ ][ ][ ]:[ ][ ] (sss:ms)
6.8	Durchgang 2 abgebrochen	<input type="radio"/> ja
6.9	Wenn Durchgang 2 abgebrochen, bitte begründen:	
6.10	Der Patient benötigte mehr als 2 Versuche für 2 Ergebnisse	<input type="radio"/> ja
6.11	Wenn ja, bitte begründen:	

**Nicht-Dominante Hand - Durchgang 1**

6.12	Zeit in Sekunden	[ ][ ][ ]:[ ][ ] (sss:ms)
6.13	Durchgang 1 abgebrochen	<input type="radio"/> ja
6.14	Wenn Durchgang 1 abgebrochen, bitte begründen:	
6.15	Wurde ein zweiter Versuch durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Nicht-Dominante Hand - Durchgang 2**

6.16	Zeit in Sekunden	[ ][ ][ ]:[ ][ ] (sss:ms)
6.17	Durchgang 2 abgebrochen	<input type="radio"/> ja
6.18	Wenn Durchgang 2 abgebrochen, bitte begründen:	
6.19	Der Patient benötigte mehr als 2 Versuche für 2 Ergebnisse	<input type="radio"/> ja
6.20	Wenn ja, bitte begründen:	

**7. PASAT 3 (Paced Auditory Serial Addition Test)**

7.1	Wurde der PASAT 3 durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
7.2	Durchgang 1 - korrekte Antworten	[ ][ ] (Anzahl)
7.3	Versuch abgebrochen	<input type="radio"/> ja
7.4	Wenn ja, bitte begründen:	
7.5	Wurde ein zweiter Versuch durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
7.6	Durchgang 2 - korrekte Antworten	[ ][ ] (Anzahl)
7.7	Versuch abgebrochen	<input type="radio"/> ja
7.8	Wenn ja, bitte begründen:	



## E Aktuelle Symptomatik und Therapie

1.1	<b>Eingeschränktes Gehvermögen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Psychotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
1.2	<b>Spastik</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
1.3	<b>Ataxie / Tremor</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

1.4	<b>Müdigkeit (Fatigue)</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Psychotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
1.5	<b>Schmerzen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Psychotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
1.6	<b>Miktion gestört</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Psychotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

1.7	<b>Defäkation gestört</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Psychotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
1.8	<b>Sexuelle Störungen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Psychotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
1.9	<b>Kognitive Störungen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Logopädie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Psychotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

1.10	<b>Depression</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Psychotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
1.11	<b>Okulomotorische Störungen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Logopädie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
1.12	<b>Dysarthrie/ Dysphonie</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Logopädie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	

1.13	<b>Dysphagie</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Logopädie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
1.14	<b>Epileptische Anfälle</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Psychotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
1.15	<b>Sonstige Paroxysmen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös und nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	<b>ja</b>		<b>nein</b>
	Ergotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Logopädie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Physiotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Psychotherapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Unbekannt	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

**Immunsmodulation / kausale Therapie**

2.1	Wird eine immunmodulatorische/ kausale Therapie <b>aktuell</b> angewendet?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
-----	---	---

**F Pflege**

**Welche der folgenden Pflegearten nimmt der Patient zurzeit in Anspruch?**

1.1	Familiäre Pflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.2	Ambulante Pflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.3	Tagespflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.4	Kurzzeitpflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.5	Vollstationäre Pflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt

**G Hilfsmittel**

**1. Welche Mobilitätshilfen werden aktuell verwendet oder waren zum Zeitpunkt der aktuellen Konsultation verordnet?**

1.1	Gehhilfe (z.B. Gehstock, Unterarm- gehstütze, Vierfussgehstütze)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.1.1	Seit wann verordnet/verwendet?	<input type="text"/> / <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM).JJJJ		<input type="radio"/> Datum unbekannt
1.2	Rollator	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.2.1	Seit wann verordnet/verwendet?	<input type="text"/> / <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM).JJJJ		<input type="radio"/> Datum unbekannt
1.3	Manueller Rollstuhl	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.3.1	Seit wann verordnet/verwendet?	<input type="text"/> / <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM).JJJJ		<input type="radio"/> Datum unbekannt
1.4	E-Roller/Scooter	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.4.1	Seit wann verordnet/verwendet?	<input type="text"/> / <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM).JJJJ		<input type="radio"/> Datum unbekannt

**2. Wird/wurde mindestens ein orthopädisches Hilfsmittel verwendet/verordnet?**

2.1	z.B. Orthese, Schiene, Schuhe, Steh- hilfe, funktionelle Elektrostimulation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.1.1	Seit wann verordnet/verwendet?	<input type="text"/> / <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM).JJJJ		<input type="radio"/> Datum unbekannt

**3. Welche stationären und/oder mobilen Umbauten wurden vorgenommen?**

3.1	Im/am Haus und/oder an der Wohnraumausstattung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
3.1.1	Seit wann bestehend?	<input type="text"/> / <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM).JJJJ		<input type="radio"/> Datum unbekannt

3.2	Am Auto	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
3.2.1	Seit wann bestehend?	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM).JJJJ		<input type="radio"/> Datum unbekannt

#### 4. Sonstige Hilfsmittel

4.1	Sonstiges Hilfsmittel 1: _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
4.1.1	Seit wann verordnet/verwendet?	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM).JJJJ		<input type="radio"/> Datum unbekannt
4.2	Sonstiges Hilfsmittel 2: _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
4.2.1	Seit wann verordnet/verwendet?	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM).JJJJ		<input type="radio"/> Datum unbekannt

### Anlage Medikation 1

1.1	Wirkstoff	<input type="radio"/> Alemtuzumab <input type="radio"/> Azathioprin <input type="radio"/> Cladribin <input type="radio"/> Cyclophosphamid <input type="radio"/> Daclizumab <input type="radio"/> Dimethylfumarat <input type="radio"/> Fingolimod <input type="radio"/> Glatirameracetat <input type="radio"/> Immunglobuline <input type="radio"/> Interferon beta-1a <input type="radio"/> Interferon beta-1b <input type="radio"/> Methotrexat	<input type="radio"/> Mitoxantron <input type="radio"/> Natalizumab <input type="radio"/> Ocrelizumab <input type="radio"/> Ozanimodr <input type="radio"/> Peginterferon beta-1a <input type="radio"/> Rituximab <input type="radio"/> Teriflunomide <input type="radio"/> Siponimod <input type="radio"/> Steroide – <i>Pulstherapie</i> [ ___x/Jahr] <input type="radio"/> Steroide – <i>intrathekal</i> [ ___x/Jahr] <input type="radio"/> Steroide – <i>Dauertherapie (&gt;2 Monate)</i> <input type="radio"/> Studienmedikation <input type="radio"/> Andere:	
1.2	Produkt	<input type="radio"/> Aubagio <input type="radio"/> Avonex <input type="radio"/> Betaferon <input type="radio"/> Clift <input type="radio"/> Copaxone <input type="radio"/> Endoxan <input type="radio"/> Extavia <input type="radio"/> Gilenya	<input type="radio"/> Imurek <input type="radio"/> IVIG <input type="radio"/> Lemtrada <input type="radio"/> MabThera <input type="radio"/> Mavenclad <input type="radio"/> Mayzent <input type="radio"/> Novatron <input type="radio"/> Ocrevus	<input type="radio"/> Plegridy <input type="radio"/> Ralenova <input type="radio"/> Rebif22 <input type="radio"/> Rebif44 <input type="radio"/> Tecfidera <input type="radio"/> Tysabri <input type="radio"/> Zeposia <input type="radio"/> Zinbryta <input type="radio"/> Sonstige
1.3	von [ ][ ].[ ][ ].[ ][ ][ ][ ] bis [ ][ ].[ ][ ].[ ][ ][ ][ ] (TT).(MM).JJJJ			
1.4	aktuell verordnet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
1.5	Therapieschema	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Andere Dosis und Art der Verabreichung: _____		




1.6	Bitte geben Sie den Grund für die Beendigung der Therapie an.	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nebenwirkung</li> <li><input type="radio"/> Fehlende Wirksamkeit</li> <li><input type="radio"/> Patientenwunsch</li> <li><input type="radio"/> Schlechte Compliance</li> <li><input type="radio"/> Kinderwunsch</li> <li><input type="radio"/> Schwangerschaft</li> <li><input type="radio"/> Therapieunterbrechung / -pause</li> <li><input type="radio"/> COVID-19</li> <li><input type="radio"/> vom Markt genommen</li> <li><input type="radio"/> keine Kostenübernahme der Krankenkasse</li> <li><input type="radio"/> JCV positiv</li> <li><input type="radio"/> neutralisierende Antikörper</li> <li><input type="radio"/> Gesamtdosis erreicht (Mitoxantron)</li> <li><input type="radio"/> Anderer Grund: _____</li> <li><input type="radio"/> Unbekannt</li> </ul>
-----	---	---

## Anlage Medikation 2

1.1	Wirkstoff	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Alemtuzumab</li> <li><input type="radio"/> Azathioprin</li> <li><input type="radio"/> Cladribin</li> <li><input type="radio"/> Cyclophosphamid</li> <li><input type="radio"/> Daclizumab</li> <li><input type="radio"/> Dimethylfumarat</li> <li><input type="radio"/> Fingolimod</li> <li><input type="radio"/> Glatirameracetat</li> <li><input type="radio"/> Immunglobuline</li> <li><input type="radio"/> Interferon beta-1a</li> <li><input type="radio"/> Interferon beta-1b</li> <li><input type="radio"/> Methotrexat Mitoxantron</li> <li><input type="radio"/> Natalizumab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ocrelizumab</li> <li><input type="radio"/> Ozanimod</li> <li><input type="radio"/> Peginterferon beta-1a</li> <li><input type="radio"/> Rituximab</li> <li><input type="radio"/> Teriflunomide</li> <li><input type="radio"/> Siponimod</li> <li><input type="radio"/> Steroide – <i>Pulstherapie</i> [ ___x/Jahr]</li> <li><input type="radio"/> Steroide – <i>intrathekal</i> [ ___x/Jahr]</li> <li><input type="radio"/> Steroide – <i>Dauertherapie (&gt;2 Monate)</i></li> <li><input type="radio"/> Studienmedikation</li> <li><input type="radio"/> Andere:</li> </ul>	
1.2	Produkt	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Aubagio</li> <li><input type="radio"/> Avonex</li> <li><input type="radio"/> Betaferon</li> <li><input type="radio"/> Clift</li> <li><input type="radio"/> Copaxone</li> <li><input type="radio"/> Endoxan</li> <li><input type="radio"/> Extavia</li> <li><input type="radio"/> Gilenya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Imurek</li> <li><input type="radio"/> IVIG</li> <li><input type="radio"/> Lemtrada</li> <li><input type="radio"/> MabThera</li> <li><input type="radio"/> Mavenclad</li> <li><input type="radio"/> Mayzent</li> <li><input type="radio"/> Novatron</li> <li><input type="radio"/> Ocrevus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Plegridy</li> <li><input type="radio"/> Ralenova</li> <li><input type="radio"/> Rebif22</li> <li><input type="radio"/> Rebif44</li> <li><input type="radio"/> Tecfidera</li> <li><input type="radio"/> Tysabri</li> <li><input type="radio"/> Zeposia</li> <li><input type="radio"/> Zinbryta</li> <li><input type="radio"/> Sonstige</li> </ul>
1.3	von [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] (TT).(MM).JJJJ			

1.4	aktuell verordnet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
1.5	Therapieschema	<input type="radio"/> Standard	
		<input type="radio"/> Andere Dosis und Art der Verabreichung: _____	
1.6	Bitte geben Sie den Grund für die Beendigung der Therapie an.	<input type="radio"/> Nebenwirkung <input type="radio"/> Fehlende Wirksamkeit <input type="radio"/> Patientenwunsch <input type="radio"/> Schlechte Compliance <input type="radio"/> Kinderwunsch <input type="radio"/> Schwangerschaft <input type="radio"/> Therapieunterbrechung / -pause <input type="radio"/> COVID-19 <input type="radio"/> vom Markt genommen <input type="radio"/> keine Kostenübernahme der Krankenkasse <input type="radio"/> JCV positiv <input type="radio"/> neutralisierende Antikörper <input type="radio"/> Gesamtdosis erreicht (Mitoxantron) <input type="radio"/> Anderer Grund: _____ <input type="radio"/> Unbekannt	

 ms forschungs- und projektentwicklungs-gGmbH	Erfassungsdatum	
	Dokumentierende Person	
	Pseudonym	
	Patienten Name	
	Patienten Vorname	

## H Schubereignis

1.	Beginn des Schubereignisses:	[ ][ ] . [ ][ ] . 20 [ ][ ] (TT).(MM).JJJJ
2.1.	Wurde der Schub therapiert?	<input type="radio"/> ja (dann weiter ab 2.2) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
2.2.	Beginn der Schubtherapie:	[ ][ ] . [ ][ ] . 20 [ ][ ] (TT).(MM).JJJJ
2.3.	Wie wurde die Schubtherapie durchgeführt?	<input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär <input type="radio"/> ambulant & stationär <input type="radio"/> unbekannt
3.1.	Bitte spezifizieren Sie die Art der Schubtherapie. <i>Hinweis: Plasmapherese und Immunadsorption sind als Eskalationstherapien unter Punkt 4. zu dokumentieren</i>	
3.1.1	Glukokortikosteroide - oral	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
3.1.2	Glukokortikosteroide - parenteral	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
3.1.3	↳ welche parenterale Darreichungsform wurde angewandt:	<input type="radio"/> Infusion i.v. <input type="radio"/> Injektion i.v. <input type="radio"/> Injektion i.m. <input type="radio"/> unbekannt
3.2.	Gesamtdosis der verabreichten Glukokortikosteroide (GKS) <i>Hinweis: Bitte hier nur die Dosisangaben für die Basistherapie(n) dokumentieren.</i>	
3.2.1	Dexamethason	[ ][ ][ ][ ][ ] mg
3.2.2	Methylprednisolon	[ ][ ][ ][ ][ ] mg
3.2.3	Prednisolon	[ ][ ][ ][ ][ ] mg
	<input type="radio"/> GKS Gesamtdosis unbekannt	
4.	Wurde eine Eskalationstherapie durchgeführt?	
	<input type="radio"/> ja (dann auch 4.1-4.3 ausfüllen) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	
4.1.	Eskalationstherapie mit Glukokortikosteroiden (GKS)	
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	
4.1.1	↳ GKS Tagesdosis	[ ][ ][ ][ ] mg
	<input type="radio"/> GKS Tagesdosis unbekannt	
4.1.2	↳ GKS Gesamtdosis	[ ][ ][ ][ ][ ] mg
	<input type="radio"/> GKS Gesamtdosis unbekannt	

4.2.	Plasmapherese (PE) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
	Anzahl der PE: [__] [__] ← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="radio"/> Anzahl unbekannt
4.3.	Immunadsorption (IA) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
	Anzahl der IA: [__] [__] ← <input checked="" type="checkbox"/> <input type="radio"/> Anzahl unbekannt