

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

C Soziodemografische Daten

Gab es Änderungen in den soziodemografischen Daten des Patienten?

(Hochzeit, Schulabschluss, Ausbildung, Berufstätigkeit, Häusliche Unterstützung, Wohnortwechsel o.ä.)

- ja – bitte Anlage *Soziodemographische Daten* ausfüllen
- nein

D Verlaufsdaten

Aktuelle MS-Verlaufsform

1.1	<input type="radio"/> Klinisch isoliertes Syndrom (KIS) <input type="radio"/> Schubförmige MS („relapsing-remitting“, RRMS) <input type="radio"/> Sekundär progrediente MS (SPMS) <input type="radio"/> Primär progrediente MS (PPMS) <input type="radio"/> nicht bestimmbar	Falls eine sekundär progrediente MS (SPMS) vorliegt: Wann erfolgte der Übergang zur SPMS? [][] . [][] . 20[][] (TT).(MM).JJJJ
-----	--	---

Aktueller EDSS

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

MRT

3.1	Wurde seit der letzten Konsultation ein MRT durchgeführt?	<input type="radio"/> ja – bitte Anlage <i>MRT</i> ausfüllen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
-----	---	---

Schübe

4.1	Liegt aktuell ein Schubereignis vor? <i>Bitte berücksichtigen Sie den aktuellen Schub (sofern vorhanden) bei der Anzahl der Schübe in 4.2</i>	<input type="radio"/> ja – bitte Anlage <i>Schübe</i> ausfüllen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
4.2	Sind/Ist (ein) Schubereignis(se) seit der letzten dokumentierten Konsultation aufgetreten?	<input type="radio"/> ja, Anzahl [____] <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt

Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC)

Wurde der MSFC oder einer seiner Subtests (Steckbrett Gehstrecke Pasat) durchgeführt?	<input type="radio"/> ja – bitte Anlage <i>MSFC</i> ausfüllen <input type="radio"/> nein
--	---

E Aktuelle Symptomatik und Therapie

1.1	Eingeschränktes Gehvermögen	<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>	ja		nein
	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	Spastik	<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>	ja		nein
	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	Ataxie / Tremor	<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>	ja		nein
	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	Müdigkeit (Fatigue)	<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>	ja		nein
	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	Schmerzen	<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>	ja		nein
	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	Miktion gestört	<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>	ja		nein
	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	Defäkation gestört	<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>	ja		nein
	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	Sexuelle Störungen	<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>	ja		nein
	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	Kognitive Störungen	<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>	ja		nein
	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	Depression	<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>	ja		nein
	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	Okulomotorische Störungen	<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>	ja		nein
	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	Dysarthrie/ Dysphonie	<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>	ja		nein
	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	Dysphagie	<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>	ja		nein
	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	Epileptische Anfälle	<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>	ja		nein
	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	Sonstige Paroxysmen	<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>	ja		nein
	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"/>	

Immunmodulation / kausale Therapie

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

Immunmodulation / kausale Therapie / Medikamente

Gab es seit der letzten dokumentierten Konsultation Veränderungen hinsichtlich der vom Patienten eingenommenen Medikation ?	<input type="radio"/> Ja - bitte Anlage <i>Medikation</i> ausfüllen <input type="radio"/> nein
--	---

Pflege

Gab es seit der letzten dokumentierten Konsultation Veränderungen hinsichtlich der vom Patienten in Anspruch genommenen Pflege ?	<input type="radio"/> ja – bitte Anlage <i>Pflege</i> ausfüllen <input type="radio"/> nein
---	---

Hilfsmittel

Gab es seit der letzten dokumentierten Konsultation Veränderungen hinsichtlich der vom Patienten genutzten/verordneten Hilfsmittel ?	<input type="radio"/> ja – bitte Anlage <i>Hilfsmittel</i> ausfüllen <input type="radio"/> nein
---	--

Anlagen

Anlage Soziodemografische Daten

1.1	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	<input type="radio"/> In schulischer Ausbildung <input type="radio"/> Kein Schulabschluss <input type="radio"/> Hauptschulabschluss <input type="radio"/> Realschulabschluss / Mittlere Reife <input type="radio"/> Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) <input type="radio"/> Fachhochschulreife <input type="radio"/> Hochschulreife (Abitur) <input type="radio"/> keine Angabe / unbekannt
1.2	Höchste berufliche Ausbildung	<input type="radio"/> In beruflicher Ausbildung <input type="radio"/> Keine abgeschlossene berufliche Ausbildung <input type="radio"/> Abgeschlossene berufliche Ausbildung <input type="radio"/> Abgeschlossene Hochschulausbildung (oder Vergleichbares) <input type="radio"/> keine Angabe

1.3	Aktuelle Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Berufliche oder schulische Ausbildung / Weiterbildung / Umschulung <input type="radio"/> Berufstätig (Vollzeit) <input type="radio"/> Teilzeitbeschäftigt (ohne vorzeitige Berentung) <input type="radio"/> Vorzeitige Berentung <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Erwerbsminderungsrente (inklusive Berufsunfähigkeitsrente) <u>ohne</u> Hinzuverdienst <input type="radio"/> Erwerbsminderungsrente (inklusive Berufsunfähigkeitsrente) <u>mit</u> Hinzuverdienst ↳ Jahr der vorzeitigen Berentung [][] . [][][][] (MM).JJJJ <input type="radio"/> Altersrente / Pension <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> <u>ohne</u> Hinzuverdienst <input type="radio"/> <u>mit</u> Hinzuverdienst <input type="radio"/> Arbeitslos <input type="radio"/> Hausfrau / Hausmann <input type="radio"/> Pflege- / Elternzeit <input type="radio"/> Bundesfreiwilligendienst / FSJ / FÖJ <input type="radio"/> keine Angabe 	
1.4	Gibt es durch die MS bedingte Einschränkungen der aktuellen Tätigkeit?	<ul style="list-style-type: none"> <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	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> Allein lebend <input type="radio"/> keine Angabe 	
1.6	Häusliche Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <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.	<ul style="list-style-type: none"> <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 	<ul style="list-style-type: none"> <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

Anlage MRT (Bitte jedes MRT einzeln dokumentieren)

1.1	MRT 1: 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	ggf. MRT 2: 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

Anlage Schübe (Bitte jedes Schubereignis einzeln dokumentieren)

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
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
	○ GKS Gesamtdosis unbekannt		
4.	Wurde eine Eskalationstherapie durchgeführt?		
	○ ja (dann auch 4.1-4.3 ausfüllen) ○ nein ○ unbekannt		
4.1.	Eskalationstherapie mit Glukokortikosteroiden (GKS)		
	○ ja ○ nein ○ unbekannt		
4.1.1	→ GKS Tagesdosis	[] [] [] []	mg
	○ GKS Tagesdosis unbekannt		
4.1.2	→ GKS Gesamtdosis	[] [] [] [] []	mg
	○ GKS Gesamtdosis unbekannt		
4.2.	Plasmapherese (PE)	○ ja ○ nein ○ unbekannt	
	Anzahl der PE: [] []	←	○ Anzahl unbekannt
4.3.	Immunadsorption (IA)	○ ja ○ nein ○ unbekannt	
	Anzahl der IA: [] []	←	○ Anzahl unbekannt

Anlage Pflege

Welche der folgenden Pflegearten nimmt der Patient zurzeit in Anspruch?				
1.1	Familiäre Pflege	○ ja	○ nein	○ unbekannt
1.2	Ambulante Pflege	○ ja	○ nein	○ unbekannt
1.3	Tagespflege	○ ja	○ nein	○ unbekannt
1.4	Kurzzeitpflege	○ ja	○ nein	○ unbekannt
1.5	Vollstationäre Pflege	○ ja	○ nein	○ unbekannt

Anlage Hilfsmittel

Welche Mobilitätshilfen werden aktuell verwendet oder waren zum Zeitpunkt der aktuellen Konsultation verordnet?				
1.1	Gehhilfe (z.B. Gehstock, Unterarmgehstütze, Vierfussgehstütze)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
1.1.1	Seit wann verordnet/verwendet?	[] [] . [] [] [] [] (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?	[] [] . [] [] [] [] (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?	[] [] . [] [] [] [] (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?	[] [] . [] [] [] [] (MM).JJJJ	<input type="radio"/> Datum unbekannt	
Wird/wurde mindestens ein orthopädisches Hilfsmittel verwendet/verordnet?				
2.1	z.B. Orthese, Schiene, Schuhe, Stehhilfe, funktionelle Elektrostimulation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.1.1	Seit wann verordnet/verwendet?	[] [] . [] [] [] [] (MM).JJJJ	Datum unbekannt	
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?	[] [] . [] [] [] [] (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?	[] [] . [] [] [] [] (MM).JJJJ	<input type="radio"/> Datum unbekannt	
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?	[] [] . [] [] [] [] (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?	[] [] . [] [] [] [] (MM).JJJJ	<input type="radio"/> Datum unbekannt	

Anlage Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC)

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:				

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:	

PASAT 3 (Paced Auditory Serial Addition Test)

6.1	Wurde der PASAT 3 durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
6.2	Durchgang 1 - korrekte Antworten	[][] (Anzahl)
6.3	Versuch abgebrochen	<input type="radio"/> ja
6.4	Wenn ja, bitte begründen:	
6.5	Wurde ein zweiter Versuch durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
6.6	Durchgang 2 - korrekte Antworten	[][] (Anzahl)
6.7	Versuch abgebrochen	<input type="radio"/> ja
6.8	Wenn ja, bitte begründen:	

Anlage Medikation 1

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

Anlage Medikation 2

1.1	Wirkstoff	<ul style="list-style-type: none"> <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 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mitoxantron <input type="radio"/> Natalizumab <input type="radio"/> Ocrelizumab <input type="radio"/> Ozanimod <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 (>2 Monate)</i> <input type="radio"/> Studienmedikation <input type="radio"/> Andere: 	
1.2	Produkt	<ul style="list-style-type: none"> <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 	<ul style="list-style-type: none"> <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 	<ul style="list-style-type: none"> <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.	<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