 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

2.1	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	
2.2	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>		
2.3	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

Retrospektive Daten

4.1	EDSS vor 12 Monaten <u>vor Registrierung</u>	[] , []
4.2	EDSS vor 24 Monaten <u>vor Registrierung</u>	[] , []
4.3	Anzahl der Schübe in den letzten 12 Monaten <u>vor der Registrierung</u>	[]
4.4	Anzahl der Schübe in den letzten 24 Monaten <u>vor der Registrierung</u>	[]
4.5	Anzahl der Schübe seit Erkrankungsbeginn	[]

Erstsymptomatik

1.1	Mobilitätseinschränkungen/Paresen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.2	Spastik/nächtliche Spasmen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.3	Bewegungsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
	Art der Bewegungsstörung	<input type="radio"/> Ataxie <input type="radio"/> Tremor <input type="radio"/> Sonstige Bewegungsstörung
1.4	Feinmotorikstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.5	Gleichgewichtsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.6	Fatigue	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.7	Schlafstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.8	Restless-Legs-Syndrom	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.9	Kognitive Störungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.10	Depression	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.11	Blasenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
	Art der Blasenfunktionsstörung	<input type="radio"/> Inkontinenz <input type="radio"/> Blasenentleerungsstörung <input type="radio"/> Imperativer Harndrang <input type="radio"/> sonstige Blasenfunktionsstörung
1.12	Darmfunktionsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.13	Sexuelle Störungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.14	Sonstige vegetative Störungen (z.B. Kreislaufregulationsstörungen, vasotrophische Störungen, etc.)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.15	Sensibilitätsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.16	Schmerzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.17	Parästhesien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.18	Visusstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.19	Okulomotorische Störungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.20	Dysarthrie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.21	Dysphagie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.22	Epileptische Anfälle	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
1.23	Uhthoff-Phänomen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt

 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"> <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	<ul style="list-style-type: none"> <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?	<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"> <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
-----	--	---

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>				
3.1.1	MRT 1: Welche Art von MRT wurde durchgeführt?	<input type="radio"/> kranial	<input type="radio"/> spinal	
3.1.2	Datum der MRT-Untersuchung	[][] . [][] . 20[][] (TT).(MM).JJJJ		
3.1.3	Wurde beim MRT Kontrastmittel verwendet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
3.1.4	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
3.2.1	ggf. MRT 2: Welche Art von MRT wurde durchgeführt?	<input type="radio"/> kranial	<input type="radio"/> spinal	
3.2.2	Datum der MRT-Untersuchung	[][] . [][] . 20[][] (TT).(MM).JJJJ		
3.2.3	Wurde beim MRT Kontrastmittel verwendet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
3.2.4	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	Mobilitätseinschränkungen/Paresen	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.2	Spastik/nächtliche Spasmen	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.3	Bewegungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Art der Bewegungsstörung	<input type="radio"/> Ataxie <input type="radio"/> Tremor <input type="radio"/> Sonstige Bewegungsstörung		
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.4	Feinmotorikstörungen	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.5	Gleichgewichtsstörungen	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		

1.6	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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.7	Schlafstörungen	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.8	Restless-Legs-Syndrom	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.11	Blasenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
	Art der Blasenfunktionsstörung	<input type="radio"/> Inkontinenz <input type="radio"/> Blasenentleerungsstörung <input type="radio"/> Imperativer Harndrang <input type="radio"/> sonstige Blasenfunktionsstörung		

	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.12	Darmfunktionsstörungen	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.13	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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.14	Sonstige vegetative Störungen z. B. Kreislaufregulationsstörungen, vasotrophische Störungen etc.	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.15	Sensibilitätsstörungen	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		

1.16	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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.17	Parästhesien	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.18	Visusstörungen	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.19	Okulomotorikstörungen	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.20	Dysarthrie	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.21	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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		

1.22	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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.23	Uhthoff-Phänomen	<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 + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		
1.24	Sonstiges Symptom:	_____		
	Therapie	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> nicht-medikamentös <input type="radio"/> medikamentös + nicht-medikamentös <input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Patient lehnt die Behandlung ab <input type="radio"/> unbekannt		

F Therapie und Pflege

1. Immunmodulation / kausale Therapie

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

2. Wird/wurde eine der folgenden Therapien aktuell angewendet oder im Rahmen der aktuellen Konsultation verordnet?

2.1	Ergotherapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.2	Logopädie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.3	Physiotherapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.4	Psychotherapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.5	neuropsychologische Therapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.6	psychosoziale Betreuung (einschließlich Selbsthilfe)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.7	Neuromodulation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.8	DIGA (Digitale Gesundheits- anwendungen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.9	multimodale Rehabilitation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.10	Palliativversorgung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.11	Versorgung mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.12	Sonstige nicht-medikamentöse Therapie/Maßnahme	_____		

3. Welche der folgenden Pflegearten nimmt der Patient zurzeit in Anspruch?

3.1	Familiäre Pflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
3.2	Ambulante Pflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
3.3	Tagespflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
3.4	Kurzzeitpflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
3.5	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, Unterarmgehstütze, 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, Stehhilfe, 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:	_____		
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
4.1	Sonstiges Hilfsmittel 2:	_____		
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	1.2 Produkt
Alemtuzumab	<input type="radio"/> Lemtrada
Azathioprin	<input type="radio"/> Imurek
Cladribin	<input type="radio"/> Mavenclad
Cyclophosphamid	<input type="radio"/> Endoxan
Daclizumab	<input type="radio"/> Zinbryta
Dimethylfumarat	<input type="radio"/> Dimethylfumarat HEXAL <input type="radio"/> Tecfidera Biogen <input type="radio"/> Dimethylfumarat <input type="radio"/> Tecfidera CC-Pharma Neuraxpharm <input type="radio"/> Tecfidera Haemato Pharm <input type="radio"/> Tecfidera Abacus
Diroximelfumarat	<input type="radio"/> Vumerity
Fingolimod	<input type="radio"/> Fingolimod AbZ <input type="radio"/> Fingolimod-ratiopharm <input type="radio"/> Fingolimod AL <input type="radio"/> Fingolimod STADA <input type="radio"/> Fingolimod beta <input type="radio"/> Fingolimod Zentiva <input type="radio"/> Fingolimod Devatis <input type="radio"/> Gilenya CC-Pharma <input type="radio"/> Fingolimod Glenmark <input type="radio"/> Gilenya Haemato-Pharm <input type="radio"/> Fingolimod Mylan <input type="radio"/> Gilenya kohlpharma <input type="radio"/> Fingolimod PUREN <input type="radio"/> Gilenya Novartis
Glatirameracetat	<input type="radio"/> Clift <input type="radio"/> Copaxone
Immunglobuline	<input type="radio"/> IVIG
Interferon beta-1a	<input type="radio"/> Avonex <input type="radio"/> Rebif22 <input type="radio"/> Rebif44
Interferon beta-1b	<input type="radio"/> Betaferon <input type="radio"/> Extavia
<input type="radio"/> Methotrexat	<i>keine Produktangabe notwendig</i>
Mitoxantron	<input type="radio"/> Novatron <input type="radio"/> Ralenova
Natalizumab	<input type="radio"/> Tysabri Abacus <input type="radio"/> Tysabri Eurim <input type="radio"/> Tysabri ACA <input type="radio"/> Tysabri Haemato Pharm <input type="radio"/> Tysabri axicorp <input type="radio"/> Tysabri kohlpharma <input type="radio"/> Tysabri BB Farma <input type="radio"/> Tysabri Medicopharm <input type="radio"/> Tysabri i.m. Biogen <input type="radio"/> Tysabri Orifarm <input type="radio"/> Tysabri i.v. Biogen <input type="radio"/> Tysabri Originalis <input type="radio"/> Tysabri Carefarm <input type="radio"/> Tysabri Paranova <input type="radio"/> Tysabri CC-Pharma
Ocrelizumab	<input type="radio"/> Ocrevus
Ofatumumab	<input type="radio"/> Kesimpta
Ozanimod	<input type="radio"/> Zeposia
Peginterferon beta-1a	<input type="radio"/> Plegridy
Ponesimod	<input type="radio"/> Ponvory
Rituximab	<input type="radio"/> MabThera <input type="radio"/> Rituxan

Teriflunomide		<input type="radio"/> Aubagio	
Siponimod		<input type="radio"/> Mayzent	
<input type="radio"/> Steroide – Pulstherapie		[____]x/Jahr]	
<input type="radio"/> Steroide – intrathekal		[____]x/Jahr]	
<input type="radio"/> Steroide – Dauertherapie (>2 Monate)			
Studienmedikation		<input type="radio"/> Sonstige	
<input type="radio"/> Andere:			
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	

Anlage Medikation 2

1.1 Wirkstoff	1.2 Produkt
Alemtuzumab	<input type="radio"/> Lemtrada
Azathioprin	<input type="radio"/> Imurek
Cladribin	<input type="radio"/> Mavenclad
Cyclophosphamid	<input type="radio"/> Endoxan
Daclizumab	<input type="radio"/> Zinbryta
Dimethylfumarat	<input type="radio"/> Dimethylfumarat HEXAL
	<input type="radio"/> Dimethylfumarat Neuraxpharm
	<input type="radio"/> Tecfidera Abacus
	<input type="radio"/> Tecfidera Biogen
Diroximelfumarat	<input type="radio"/> Tecfidera CC-Pharma
	<input type="radio"/> Tecfidera Haemato Pharm
Diroximelfumarat	<input type="radio"/> Vumerity

Fingolimod	<input type="checkbox"/> Fingolimod AbZ <input type="checkbox"/> Fingolimod AL <input type="checkbox"/> Fingolimod beta <input type="checkbox"/> Fingolimod Devatis <input type="checkbox"/> Fingolimod Glenmark <input type="checkbox"/> Fingolimod Mylan <input type="checkbox"/> Fingolimod PUREN	<input type="checkbox"/> Fingolimod-ratiopharm <input type="checkbox"/> Fingolimod STADA <input type="checkbox"/> Fingolimod Zentiva <input type="checkbox"/> Gilenya CC-Pharma <input type="checkbox"/> Gilenya Haemato-Pharm <input type="checkbox"/> Gilenya kohlpharma <input type="checkbox"/> Gilenya Novartis
Glatirameracetat	<input type="checkbox"/> Clift <input type="checkbox"/> Copaxone	
Immunglobuline	<input type="checkbox"/> IVIG	
Interferon beta-1a	<input type="checkbox"/> Avonex <input type="checkbox"/> Rebif22 <input type="checkbox"/> Rebif44	
Interferon beta-1b	<input type="checkbox"/> Betaferon <input type="checkbox"/> Extavia	
<input type="checkbox"/> Methotrexat	<i>keine Produktangabe notwendig</i>	
Mitoxantron	<input type="checkbox"/> Novatron <input type="checkbox"/> Ralenova	
Natalizumab	<input type="checkbox"/> Tysabri Abacus <input type="checkbox"/> Tysabri ACA <input type="checkbox"/> Tysabri axicorp <input type="checkbox"/> Tysabri BB Farma <input type="checkbox"/> Tysabri i.m. Biogen <input type="checkbox"/> Tysabri i.v. Biogen <input type="checkbox"/> Tysabri Carefarm <input type="checkbox"/> Tysabri CC-Pharma	<input type="checkbox"/> Tysabri Eurim <input type="checkbox"/> Tysabri Haemato Pharm <input type="checkbox"/> Tysabri kohlpharma <input type="checkbox"/> Tysabri Medicopharm <input type="checkbox"/> Tysabri Orifarm <input type="checkbox"/> Tysabri Originalis <input type="checkbox"/> Tysabri Paranova
Ocrelizumab	<input type="checkbox"/> Ocrevus	
Ofatumumab	<input type="checkbox"/> Kesimpta	
Ozanimod	<input type="checkbox"/> Zeposia	
Peginterferon beta-1a	<input type="checkbox"/> Plegridy	
Ponesimod	<input type="checkbox"/> Ponvory	
Rituximab	<input type="checkbox"/> MabThera <input type="checkbox"/> Rituxan	
Teriflunomide	<input type="checkbox"/> Aubagio	
Siponimod	<input type="checkbox"/> Mayzent	
<input type="checkbox"/> Steroide – Pulstherapie [____x/Jahr]		
<input type="checkbox"/> Steroide – intrathekal [____x/Jahr]		
<input type="checkbox"/> Steroide – Dauertherapie (>2 Monate)		
Studienmedikation	<input type="checkbox"/> Sonstige	
<input type="checkbox"/> Andere:		
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 Medikamentöse symptomatische Therapie

- Es sind medikamentöse symptomatische Therapien bekannt.
- Der Patient bekommt keine medikamentöse symptomatische Therapie.
- Die Art der medikamentösen symptomatischen Therapie(n) sind unbekannt.

Medikamentöse symptomatische Therapie 1


Wirkstoff <i>(falls nicht bekannt, bitte den ATC-Code oder das Produkt angeben)</i>	_____	
alternativ: ATC-Code	_____	
alternativ: Produkt	_____	
von (Start) [][].[][][][] bis (Ende) [][].[][][][] (MM).JJJJ		
aktuell verordnet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
bei Bedarf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Medikamentöse symptomatische Therapie 2

Wirkstoff <i>(falls nicht bekannt, bitte den ATC-Code oder das Produkt angeben)</i>	_____	
alternativ: ATC-Code	_____	
alternativ: Produkt	_____	
von (Start) [][].[][][][] bis (Ende) [][].[][][][] (MM).JJJJ		
aktuell verordnet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
bei Bedarf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein




Medikamentöse symptomatische Therapie 3

Wirkstoff <i>(falls nicht bekannt, bitte den ATC-Code oder das Produkt angeben)</i>	_____	
alternativ: ATC-Code	_____	
alternativ: Produkt	_____	
von (Start) [][].[][][][] bis (Ende) [][].[][][][] (MM).JJJJ		
aktuell verordnet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
bei Bedarf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

 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	<input type="radio"/> Dexamethason	[][][][][][] mg
3.2.2	<input type="radio"/> Methylprednisolon	[][][][][][] mg
3.2.3	<input type="radio"/> Prednisolon	[][][][][][] mg
3.2.4	<input type="radio"/> Triamcinolonacetonid	[][][][][][] mg
3.2.5	<input type="radio"/> Kortison nicht näher spezifiziert	[][][][][][] mg
	<input type="radio"/> GKS Gesamtdosis unbekannt	

4.	Wurde eine Eskalationstherapie durchgeführt?		
	<input type="radio"/> ja (dann auch 4.1-4.4 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
4.2.	 Gesamtdosis der verabreichten Glukokortikosteroide (GKS) <i>Hinweis: Bitte hier nur die Dosisangaben für die Eskalationstherapie(n) dokumentieren.</i>		
4.2.1	<input type="radio"/> Dexamethason	[] [] [] [] [] mg	
4.2.2	<input type="radio"/> Methylprednisolon	[] [] [] [] [] mg	
4.2.3	<input type="radio"/> Prednisolon	[] [] [] [] [] mg	
4.2.4	<input type="radio"/> Triamcinolonacetonid	[] [] [] [] [] mg	
4.2.5	<input type="radio"/> Kortison nicht näher spezifiziert	[] [] [] [] [] mg	
	<input type="radio"/> GKS Gesamtdosis unbekannt		
4.3.	Plasmapherese (PE)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
	Anzahl der PE: [] []		<input type="radio"/> Anzahl unbekannt
4.4.	Immunadsorption (IA)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
	Anzahl der IA: [] []		<input type="radio"/> Anzahl unbekannt