













### Immunmodulation / kausale Therapie

Wird eine immunmodulatorische/ kausale Therapie <b>aktuell</b> 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 <b>Basismedikation</b> ?	<input type="radio"/> Ja - bitte Anlage <i>Basismedikation</i> ausfüllen <input type="radio"/> nein
---	--

### Medikamentöse symptomatische Therapie (MST)

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

### Therapien / Verfahren

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

### Pflege

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

## Anlagen

### Anlage 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?	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja                      <input type="radio"/> nein                      <input type="radio"/> keine Angabe</li> <li><i>Wenn ja, in welchem Ausmaß?</i></li> <li><input type="radio"/> Aufgabe / Unterbrechung der Tätigkeit</li> <li><input type="radio"/> Reduktion der Tätigkeit</li> <li><input type="radio"/> keine Angabe</li> </ul>



1.5	Familiäre Situation	<input type="radio"/> Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> Allein lebend <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

**Anlage MRT** (Bitte jedes MRT einzeln dokumentieren)

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

**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	
	<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	

### Anlage Therapien

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 Gesundheitsanwendungen)	<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	_____		

### Anlage 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

### 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?	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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?	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM).JJJJ	<input type="radio"/> 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?	<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"/> (MM).JJJJ	<input type="radio"/> Datum unbekannt	
Sonstige Hilfsmittel				
4.1	Sonstiges Hilfsmittel 1:	<input type="text"/>		
4.1.1	Seit wann verordnet/verwendet?	<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="text"/>		
4.2.1	Seit wann verordnet/verwendet?	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (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 Basismedikation 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"/> Dimethylfumarat Neuraxpharm <input type="radio"/> Tecfidera Abacus	<input type="radio"/> Tecfidera Biogen <input type="radio"/> Tecfidera CC-Pharma <input type="radio"/> Tecfidera Haemato Pharm
Diroximelfumarat	<input type="radio"/> Vumerity	
Fingolimod	<input type="radio"/> Fingolimod AbZ <input type="radio"/> Fingolimod AL <input type="radio"/> Fingolimod beta <input type="radio"/> Fingolimod Devatis <input type="radio"/> Fingolimod Glenmark <input type="radio"/> Fingolimod Mylan <input type="radio"/> Fingolimod PUREN	<input type="radio"/> Fingolimod-ratiopharm <input type="radio"/> Fingolimod STADA <input type="radio"/> Fingolimod Zentiva <input type="radio"/> Gilenya CC-Pharma <input type="radio"/> Gilenya Haemato-Pharm <input type="radio"/> Gilenya kohlpharma <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="checkbox"/> vom Markt genommen <input type="checkbox"/> keine Kostenübernahme der Krankenkasse <input type="checkbox"/> JCV positiv <input type="checkbox"/> neutralisierende Antikörper <input type="checkbox"/> Gesamtdosis erreicht (Mitoxantron) <input type="checkbox"/> Anderer Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt
--	--	--

## Anlage Basismedikation 2

1.1 Wirkstoff	1.2 Produkt	
Alemtuzumab	<input type="checkbox"/> Lemtrada	
Azathioprin	<input type="checkbox"/> Imurek	
Cladribin	<input type="checkbox"/> Mavenclad	
Cyclophosphamid	<input type="checkbox"/> Endoxan	
Daclizumab	<input type="checkbox"/> Zinbryta	
Dimethylfumarat	<input type="checkbox"/> Dimethylfumarat HEXAL <input type="checkbox"/> Dimethylfumarat Neuraxpharm <input type="checkbox"/> Tecfidera Abacus	<input type="checkbox"/> Tecfidera Biogen <input type="checkbox"/> Tecfidera CC-Pharma <input type="checkbox"/> Tecfidera Haemato Pharm
Diroximelfumarat	<input type="checkbox"/> 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="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 Medikamentöse symptomatische Therapie (MST)

- 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

<i>Wirkstoff (falls nicht bekannt, bitte den ATC-Code oder das Produkt angeben)</i>	_____	
<i>alternativ: ATC-Code</i>	_____	
<i>alternativ: Produkt</i>	_____	
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

<i>Wirkstoff (falls nicht bekannt, bitte den ATC-Code oder das Produkt angeben)</i>	_____	
<i>alternativ: ATC-Code</i>	_____	
<i>alternativ: Produkt</i>	_____	
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

<i>Wirkstoff (falls nicht bekannt, bitte den ATC-Code oder das Produkt angeben)</i>	_____	
<i>alternativ: ATC-Code</i>	_____	
<i>alternativ: Produkt</i>	_____	
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