

 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	<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
-----	--	---

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?	<ul style="list-style-type: none"> <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?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
4.2	Sind/Ist (ein) Schubereignis(se) seit der letzten dokumentierten Konsultation aufgetreten?	<ul style="list-style-type: none"> <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?	<ul style="list-style-type: none"> <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
--	---

G Immunmodulatorische / kausale Therapie

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

F Pflege

Gab es seit der letzten dokumentierten Konsultation Veränderungen hinsichtlich der vom Patient genutzten/vorhandenen Hilfsmittel bzw. der in Anspruch genommenen Pflege ?	<input type="radio"/> ja – bitte Anlage <i>Pflege</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"> ○ Berufliche oder schulische Ausbildung / Weiterbildung / Umschulung ○ Berufstätig (Vollzeit) ○ Teilzeitbeschäftigt ○ Vorzeitige Berentung (Erwerbs- / Berufsunfähigkeit) ↳ Jahr der vorzeitigen Berentung [][] . [][][][] (MM).JJJJ ○ Altersrente / Pension ○ Arbeitslos ○ Hausfrau / Hausmann ○ Pflege- / Elternzeit ○ Bundesfreiwilligendienst / FSJ / FÖJ / FTJ ○ keine Angabe 	
1.4	Gibt es durch die MS bedingte Einschränkungen der aktuellen Tätigkeit?	<ul style="list-style-type: none"> ○ ja ○ nein ○ keine Angabe <i>Wenn ja, in welchem Ausmaß?</i> ○ Aufgabe / Unterbrechung der Tätigkeit ○ Reduktion der Tätigkeit ○ keine Angabe 	
1.5	Familiäre Situation	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lebensgemeinschaft ○ Allein lebend ○ keine Angabe 	
1.6	Häusliche Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> ○ ja, Unterstützung durch Familie, Freunde, Partnerschaft ○ nein, Patient ist auf sich allein gestellt ○ keine Angabe 	
1.7	Bitte wählen Sie das Bundesland aus, in dem der Patient wohnt.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Baden-Württemberg ○ Bayern ○ Berlin ○ Brandenburg ○ Bremen ○ Hamburg ○ Hessen ○ Mecklenburg-Vorpommern ○ Niedersachsen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nordrhein-Westfalen ○ Rheinland-Pfalz ○ Saarland ○ Sachsen-Anhalt ○ Sachsen ○ Schleswig-Holstein ○ Thüringen

Anlage MRT

3.1	Wurde seit der letzten Konsultation ein MRT durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
3.2	Was für ein MRT wurde durchgeführt?	<input type="radio"/> kranial	<input type="radio"/> spinal	<input type="radio"/> kranial und spinal
3.3	Ergebnis der Untersuchung	<input type="radio"/> stabil	<input type="radio"/> neue T2-Herde	<input type="radio"/> KM-aufnehmende Herde
		<input type="radio"/> nicht verfügbar	<input type="radio"/> keine neuen T2-Herde oder KM-aufnehmende Herde vorhanden	
3.4	Jahr des MRTs, welches als Vergleich diente, falls vorhanden	[][][][] (JJJJ)		

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
Welche medizinischen Hilfsmittel werden zurzeit benutzt?				
2.1	Gehhilfe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.2	Wannenhilfe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.3	Rollstuhl	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
2.4	Rollator	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> 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
<i>Dominante Hand - Durchgang 1</i>			
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"/> 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"/> Zinbryta <input type="checkbox"/> Sonstige
1.3	von [][]-[][]-[][][][] bis [][]-[][]-[][][][] (TT).(MM).JJJJ		
1.4	aktuell verordnet <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

Anlage Medikation 2

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"/> 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"/> Zinbryta <input type="checkbox"/> Sonstige
1.3	von [][]-[][]-[][][][] bis [][]-[][]-[][][][] (TT).(MM).JJJJ		
1.4	aktuell verordnet <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		