

 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 bestimmbar MS Verlaufsform	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

B Stammdaten

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

Diagnosekriterien

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

Anamnese

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

Erstsymptomatik

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

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

Retrospektive Daten

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

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

C Soziodemografische Daten

1.1	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	<ul style="list-style-type: none"> <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 <input type="radio"/> Vorzeitige Berentung (Erwerbs- / Berufsunfähigkeit) ↳ Jahr der vorzeitigen Berentung [] [] . [] [] [] [] (MM).JJJJ <input type="radio"/> Altersrente / Pension <input type="radio"/> Arbeitslos <input type="radio"/> Hausfrau / Hausmann <input type="radio"/> Pflege- / Elternzeit <input type="radio"/> Bundesfreiwilligendienst / FSJ / FÖJ / FTJ <input type="radio"/> keine Angabe
1.4	Gibt es durch die MS bedingte Einschränkungen der aktuellen Tätigkeit?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine Angabe <i>Wenn ja, in welchem Ausmaß?</i> <input type="radio"/> Aufgabe / Unterbrechung der Tätigkeit <input type="radio"/> Reduktion der Tätigkeit <input type="radio"/> keine Angabe

1.5	Familiäre Situation	<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"/> Nordrhein-Westfalen <input type="radio"/> Bayern <input type="radio"/> Rheinland-Pfalz <input type="radio"/> Berlin <input type="radio"/> Saarland <input type="radio"/> Brandenburg <input type="radio"/> Sachsen-Anhalt <input type="radio"/> Bremen <input type="radio"/> Sachsen <input type="radio"/> Hamburg <input type="radio"/> Schleswig-Holstein <input type="radio"/> Hessen <input type="radio"/> Thüringen <input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern <input type="radio"/> Niedersachsen

D Verlaufsdaten

1. Bestimmung des MS-Verlaufs

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

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
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 MRT-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)		

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
Gehstrecke auf Zeit - Versuch 2			
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	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	Miktions 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

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

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

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

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 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"/> Ozanimodr <input type="checkbox"/> Peginterferon beta-1a <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Teriflunomide <input type="checkbox"/> Siponimod <input type="checkbox"/> Steroide – <i>Pulstherapie</i> [___x/Jahr] <input type="checkbox"/> Steroide – <i>intrathekal</i> [___x/Jahr] <input type="checkbox"/> Steroide – <i>Dauertherapie (>2 Monate)</i> <input type="checkbox"/> Studienmedikation <input type="checkbox"/> Andere:	
1.2	Produkt	<input type="checkbox"/> Aubagio <input type="checkbox"/> Avonex <input type="checkbox"/> Betaferon <input type="checkbox"/> Clift <input type="checkbox"/> Copaxone <input type="checkbox"/> Endoxan <input type="checkbox"/> Extavia <input type="checkbox"/> Gilenya	<input type="checkbox"/> Imurek <input type="checkbox"/> IVIG <input type="checkbox"/> Lemtrada <input type="checkbox"/> MabThera <input type="checkbox"/> Mavenclad <input type="checkbox"/> Mayzent <input type="checkbox"/> Novatron <input type="checkbox"/> Ocrevus	<input type="checkbox"/> Plegridy <input type="checkbox"/> Ralenova <input type="checkbox"/> Rebif22 <input type="checkbox"/> Rebif44 <input type="checkbox"/> Tecfidera <input type="checkbox"/> Tysabri <input type="checkbox"/> Zeposia <input type="checkbox"/> Zinbryta <input type="checkbox"/> Sonstige
1.3	von [][].[][].[][][][] bis [][].[][].[][][][] (TT).(MM).JJJJ			
1.4	aktuell verordnet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
1.5	Therapieschema	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Andere Dosis und Art der Verabreichung: _____		
1.6	Bitte geben Sie den Grund für die Beendigung der Therapie an.	<input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> Fehlende Wirksamkeit <input type="checkbox"/> Patientenwunsch <input type="checkbox"/> Schlechte Compliance <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Therapieunterbrechung / -pause <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Anderer Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt		

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 Mitoxantron <input type="checkbox"/> Natalizumab	<input type="checkbox"/> Ocrelizumab <input type="checkbox"/> Ozanimod <input type="checkbox"/> Peginterferon beta-1a <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Teriflunomide <input type="checkbox"/> Siponimod <input type="checkbox"/> Steroide – <i>Pulstherapie</i> [___x/Jahr] <input type="checkbox"/> Steroide – <i>intrathekal</i> [___x/Jahr] <input type="checkbox"/> Steroide – <i>Dauertherapie (>2 Monate)</i> <input type="checkbox"/> Studienmedikation <input type="checkbox"/> Andere:	
1.2	Produkt	<input type="checkbox"/> Aubagio <input type="checkbox"/> Avonex <input type="checkbox"/> Betaferon <input type="checkbox"/> Clift <input type="checkbox"/> Copaxone <input type="checkbox"/> Endoxan <input type="checkbox"/> Extavia <input type="checkbox"/> Gilenya	<input type="checkbox"/> Imurek <input type="checkbox"/> IVIG <input type="checkbox"/> Lemtrada <input type="checkbox"/> MabThera <input type="checkbox"/> Mavenclad <input type="checkbox"/> Mayzent <input type="checkbox"/> Novatron <input type="checkbox"/> Ocrevus	<input type="checkbox"/> Plegridy <input type="checkbox"/> Ralenova <input type="checkbox"/> Rebif22 <input type="checkbox"/> Rebif44 <input type="checkbox"/> Tecfidera <input type="checkbox"/> Tysabri <input type="checkbox"/> Zeposia <input type="checkbox"/> Zinbryta <input type="checkbox"/> Sonstige
1.3	von [][].[][].[][][][] bis [][].[][].[][][][] (TT).(MM).JJJJ			
1.4	aktuell verordnet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
1.5	Therapieschema	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Andere Dosis und Art der Verabreichung: _____		
1.6	Bitte geben Sie den Grund für die Beendigung der Therapie an.	<input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> Fehlende Wirksamkeit <input type="checkbox"/> Patientenwunsch <input type="checkbox"/> Schlechte Compliance <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Therapieunterbrechung / -pause <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Anderer Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt		

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

H Schubereignis

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

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