


Version 2-0 14.12.2021	Anamnesebogen Erstkontakt Ambulantes Multiple Sklerose Zentrum Oberhavel	
		Datum:
<u>Allgemeine Angaben:</u>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Name: Vorname: Anschrift: Tel.-Nr.: </div> <div style="width: 45%;"> Geb.-Datum: Email: </div> </div> Krankenversichert bei: Hausarzt (Name/Anschrift): Neurologe (Name/Anschrift): O nicht vorhanden		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> Schwerbehinderung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Pflegegrad: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja </div> <div style="width: 30%;"> Behinderungsgrad: </div> <div style="width: 30%;"> Merkzeichen: </div> </div>		
<u>Werdegang & Lebenssituation:</u>		
Schulabschluss: Berufsausbildung: letzttausgeübter Beruf: Berufsstand: <input type="radio"/> erwerbstätig <input type="radio"/> arbeitssuchend <input type="radio"/> Hartz IV <input type="radio"/> Altersrente <input type="radio"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> voll <input type="radio"/> befristet bis: <input type="radio"/> sonstiges		
Familienstand: <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> feste Partnerschaft Kinder: Anzahl Alter Familienplanung: <input type="radio"/> abgeschlossen <input type="radio"/> Kinderwunsch vorhanden		
<u>Nutzung von Heil- und Hilfsmitteln:</u>		
Erhalten Sie derzeit Heilmittel (z. B. KG): <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, bitte unten ankreuzen <i>O Physiotherapie/KG:</i> Anzahl/Wo. <i>O Logopädie:</i> Anzahl/Wo. <i>O Ergotherapie:</i> Anzahl/Wo. <i>O Lymphdrainage:</i> Anzahl/Wo. <i>O Reha-Spot:</i>		
Benutzen Sie derzeit folgende Hilfsmittel: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, bitte unten ankreuzen <i>O Gehstütze</i> <i>O Orthesen (welche):</i> <i>O Rollator</i> <i>O Rollstuhl</i> <i>O Sonstige</i>		
Wann erfolgte Ihre letzte Reha?		
<u>Impfungen:</u>		
Ist Ihr Impfstatus aktuell? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß ich nicht Wurden Sie gegen Covid 19 geimpft ? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> 1x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x <input type="radio"/> >3x, wann zuletzt? _____ Wurden Sie geimpft gegen <input type="radio"/> Tetanus, Diphtherie, Polio <input type="radio"/> Masern, Mumps, Röteln <input type="radio"/> Pneumokokken <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Gürtelrose		

Name:

Vorname:

Haben Sie Vor- oder Begleiterkrankungen?

☐ keine bekannt: (keine weiteren Angaben erforderlich)

☐ Herz (welche, wann)

☐ Lunge (welche, wann)

☐ Bluthochdruck (seit wann)

☐ Herzrhythmusstörung (seit wann)

☐ Schlaganfall (wann)

☐ Diabetes mellitus (seit wann)

☐ Schilddrüse (welche, wann)

☐ Magen-Darm (welche, wann)

☐ Blase / Genital (welche, wann)

☐ Thrombosen (welche, wann)

☐ Auge (welche, wann)

☐ Hals, Nase, Ohren (welche, wann)

☐ Gelenke (welche, wann)

☐ Haut (welche, wann)

☐ Allergien (welche, wann)

☐ Operationen (welche, wann)

☐ Unfälle (welche, wann)

☐ Krebserkrankungen (welche, wann)

☐ Tuberkulose (wann)

☐ Hepatitis (wann)

☐ Autoimmunerkrankungen (welche, wann)

☐ Andere (welche, wann)

Vegetative Funktionen:

Größe: cm

Gewicht: kg

Schlafstörungen: ☐ nein

☐ ja, welcher Art?

Stuhlgang: ☐ regelmäßig

☐ Verstopfung

☐ häufig Durchfall

☐ Inkontinenz

Wasserlassen: Häufigkeit Tag

Häufigkeit Nacht:

☐ Startschwierigkeiten

☐ Harninkontinenz

☐ Plötzlicher Harndrang

☐ Nachpressen

Rauchen Sie? ☐ nein

☐ ja, wie viel?

Trinken Sie Alkohol? ☐ nein

☐ gelegentlich

☐ regelmäßig

Erkrankungen in der Familie:

Sind weitere Familienmitglieder an MS erkrankt? ☐ nein

☐ ja, welche?

Gibt es in der Familie andere neurol. Erkrankungen? ☐ nein

☐ ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein:

☐ nein ☐ ja, welche (Dosis)?

Medikamente zur Blutverdünnung?

☐ nein

☐ ja, welche

Frauen im gebärfähigen Alter:

Empfängnisverhütung: ☐ nein

☐ ja, welche

Name:

Vorname:

Angaben zur MS:

Wann sind bei Ihnen erste Symptome der MS aufgetreten?

Wann und wo wurde die Diagnose MS bei Ihnen gestellt?

Wann erfolgte bei Ihnen die letzte MRT-Untersuchung?

Welches Medikament erhalten Sie z. Z. gegen die MS?

Welche verlaufsmodifizierenden MS-Medikamente haben Sie in der Vergangenheit erhalten (von/bis):

Haben Sie folgende Medikamente bereits erhalten: ☐ Fampyra ☐ Sativex ☐ Baclofen

Welche MS-bedingten Einschränkungen belasten Sie am meisten?

Listen Sie bitte möglichst genau die bisherigen Schübe auf (Monat/Jahr; Symptome; Schubtherapie erhalten? Rückbildung?)

Name:

Vorname:

Beurteilung / Procedere (Arzt):