

Datum:**Allgemeine Angaben:****Name:****Geb.-Datum:****Vorname:**

Anschrift:

Tel.-Nr.:

Email:

Krankenversichert bei:

Hausarzt (Name/Anschrift):

Neurologe (Name/Anschrift):

 nicht vorhandenSchwerbehinderung: nein ja

Behinderungsgrad:

Merkzeichen:

Pflegegrad: nein ja**Werdegang & Lebenssituation:**

Schulabschluss:

Berufsausbildung:

letzt ausgeübter Beruf:

Berufsstand:	<input type="checkbox"/> erwerbstätig	<input type="checkbox"/> arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> Hartz IV	<input type="checkbox"/> Altersrente
	<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> befristet bis:
	<input type="checkbox"/> sonstiges			

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet feste Partnerschaft

Kinder: Anzahl Alter

Familienplanung: abgeschlossen Kinderwunsch vorhanden**Nutzung von Heil- und Hilfsmitteln:**Erhalten Sie derzeit Heilmittel (z. B. KG): nein ja, bitte unten ankreuzen Physiotherapie/KG: Anzahl/Wo. Logopädie: Anzahl/Wo. Ergotherapie: Anzahl/Wo. Lymphdrainage: Anzahl/Wo. Reha-Spot:Benutzen Sie derzeit folgende Hilfsmittel: nein ja, bitte unten ankreuzen Gehstütze Orthesen (welche): Rollator Rollstuhl Sonstige

Wann erfolgte Ihre letzte Reha?

Impfungen:Ist Ihr Impfstatus aktuell? ja nein weiß ich nichtWurden Sie gegen Covid 19 geimpft? nein 1x 2x 3x >3x, wann zuletzt? _____Wurden Sie geimpft gegen Tetanus, Diphtherie, Polio Masern, Mumps, Röteln Pneumokokken
 Hepatitis Gürtelrose

Name:

Vorname:

Haben Sie Vor- oder Begleiterkrankungen?

keine bekannt: (keine weiteren Angaben erforderlich)

Herz (welche, wann)

Hals, Nase, Ohren (welche, wann)

Lunge (welche, wann)

Gelenke (welche, wann)

Bluthochdruck (seit wann)

Haut (welche, wann)

Herzrhythmusstörung (seit wann)

Allergien (welche, wann)

Schlaganfall (wann)

Operationen (welche, wann)

Diabetes mellitus (seit wann)

Unfälle (welche, wann)

Schilddrüse (welche, wann)

Krebserkrankungen (welche, wann)

Magen-Darm (welche, wann)

Tuberkulose (wann)

Blase / Genital (welche, wann)

Hepatitis (wann)

Thrombosen (welche, wann)

Autoimmunerkrankungen (welche, wann)

Auge (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):