

Multiple Sklerose Anamnese

Name, Vorname

Geburtsdatum

Um Ihre Untersuchung und Behandlung individueller gestalten zu können bitten wir Sie den folgenden Anamnesebogen auszufüllen.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, bitten wir Sie diese einfach leer zu lassen. Ansonsten wählen Sie entweder die passende Option oder füllen den Freitext aus. Wenn Sie Fragen zu einem Punkt haben oder der Platz nicht ausreicht, bitten wir dies ggf. am Rand oder auf einem extra Blatt zu notieren.

Wann wurde die Multiple Sklerose bei Ihnen diagnostiziert?

Wann sind rückblickend erstmals Symptome der MS aufgetreten?

Wann hatten Sie welche Schübe?

- Symptome: _____ ca. _____
- Kortison
- Symptome: _____ ca. _____
- Kortison
- Symptome: _____ ca. _____
- Kortison

Welche Medikamente haben Sie zur Immuntherapie erhalten?

Medikation	von	bis	Grund für das Absetzen

Was ist der Grund Ihrer heutigen Vorstellung?

Gibt es Veränderungen seit dem letzten Besuch? nein ja

Welche:

Welche Beschwerden / Symptome sind neu (bzw. uns noch nicht bekannt)?

Beschwerden / Symptome seit wann? _____

Anhaltend einmalig mehrmalig

Gibt es aktuell 'schubverdächtige' Symptome?

nein ja und zwar eine neue Gefühlsstörung Schwäche

Gangunsicherheit Koordinationsstörung

Gibt es bekannte Vorerkrankungen oder Voroperationen?

Bluthochdruck seit _____ Diabetes mellitus seit _____ Typ _____

Niereninsuffizienz seit _____ Magendarmprobleme seit _____

Sind sie berufstätig? nein ja

Wenn ja, was machen Sie beruflich? _____

Wie viele Stunden sind Sie pro Woche berufstätig? _____

Kommen Sie im häuslichen Umfeld zurecht?

nein ja Anmerkungen: _____

Sind Sie im Alltag selbstständig?

nein ja Anmerkungen: _____

Benötigen Sie im Alltag Hilfe?

nein ja Wobei: _____

Welche Medikamente nehmen Sie sonst ein?

Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind? ja nein

Wann und wo hatten Sie die letzte MRT des Schädels/des Rückenmarks?

am _____ in _____

Gibt oder gab es Infekte?

nein ja _____

Infekte in den letzten drei 3 Monaten
und zwar Husten Schnupfen Blasenentzündung

von _____ bis _____

Wie schlafen Sie? gut schlecht

Wie lange schlafen Sie? Durchschnittlich _____ Stunden pro Nacht

durchschnittlich _____ Stunden pro Tag

Gibt es Durchschlafprobleme? nie gelegentlich immer

Gibt es Einschlafprobleme? nie gelegentlich immer

Vegetative Funktionen:

Gibt es Probleme beim Wasser lassen (Blasentleerungsstörung)?

nie selten gelegentlich immer

Gibt es Probleme Wasser zu halten (Inkontinenz)?

nie selten gelegentlich immer

Besteht beim Stuhlgang eine Verstopfung (Obstipation)?

nie selten gelegentlich immer

Gibt es Probleme den Stuhl zu halten (Stuhlinkontinenz)?

nie selten gelegentlich immer

Gibt es Fieber?

nie selten gelegentlich immer nur wenn ich erkältet bin

Wie viel wiegen Sie? aktuell: _____ kg vor 3 Monaten: _____ kg

Größe _____ cm

Rauchen Sie?

nein ja und zwar im Durchschnitt _____ Zigaretten pro Tag und das seit _____ Jahren

Wie oft trinken Sie Alkohol? Insgesamt ____ Bierflaschen, ____ Gläser Wein ____ in ____ Wochen und

ansonsten _____ nichts

Besteht eine erhöhte Erschöpfbarkeit/Müdigkeit ('Fatigue')?

nein ja ich fühle mich ____% des Tages dadurch eingeschränkt

Fühlen Sie sich depressiv/freudlos

nie gelegentlich immer

Wie weit können Sie ohne Pause auf ebener Strecke gehen?

aktuell: _____ m vor 6 Monaten: _____ m

Wie lange brauchen Sie für diese Strecke? aktuell: _____ min vor 6 Monaten: _____ min

Gab es schon einmal Sehstörungen?

nein ja und zwar Unschärfsehen (nicht mit Brille korrigierbar) oder Optikusneuritis

Gesichtsfeldausfall

_____ Dauer: _____

Gibt es bekannte Erkrankungen bei Eltern oder Blutsverwandten?

nein ja bei

Haben Sie eine rheumatologische Erkrankung?

nein ja und zwar

Haben Sie einen besonderen Wunsch oder ein Anliegen an uns?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Dr. Andrea Neundorf und Ihr MS-Team