

Supplementary Materials

Chances and challenges of registry based pharmacovigilance in multiple sclerosis: Lessons learnt from implementation of the multi-center REGIMS registry

(journal: Drug Safety)

Authors: Alexandra Simbrich^{1*}, Jasmine Thibaut^{1*}, Laura Khil^{1,2}, Stanislav Maximov¹, Heinz Wiendl³, Klaus Berger¹ for the REGIMS Investigators[‡]

Affiliations:

¹Institute of Epidemiology and Social Medicine, University of Muenster, Muenster, Germany

²Cancer Registry of North Rhine-Westphalia, Bochum, Germany

³Department of Neurology with Institute of Translational Neurology, University of Muenster, Muenster, Germany

Corresponding author: Alexandra Simbrich, simbrich@uni-muenster.de



Patientenfragebogen zur Multiplen Sklerose

Sehr geehrte Patientin und sehr geehrter Patient,
wir möchten mit Hilfe dieses Fragebogens Ihre aktuelle gesundheitliche Situation und Ihre medizinische Versorgung erheben. Ziel der Befragung ist es, mit Ihren Erfahrungen und Informationen die medizinische Versorgungssituation für MS Betroffene zu verbessern.
Bitte verwenden Sie beim Ausfüllen des Fragebogens einen schwarzen oder dunkelblauen Stift. Tragen Sie Zahlen einzeln in die vorgesehenen großen Kästchen ein und setzen Sie bei allen anderen Antworten Ihr Kreuz in die Mitte des auf Sie zutreffenden Kästchens.

Beispiele: Zahlen

1	2
---	---

Richtig: ☒ **Falsch:** ☒

Bitte beachten Sie weitere Ausfüllanleitungen oder Erklärungen bei den einzelnen Fragen.

Den ausgefüllten Fragebogen geben Sie bitte in der Ambulanz ab.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihre Erfahrungen und Angaben sind wichtig für uns.



1. In welchem Jahr sind Sie geboren?

2. Wie alt waren Sie bei den ersten MS-Symptomen?

Jahre

Bitte runden Sie auf eine ganze Jahreszahl auf oder ab.

3. Wie alt waren Sie als die Diagnose MS gestellt wurde?

Jahre

4. Wer hat die Diagnose gestellt?

Wenn Sie bei mehr als einem Arzt/ einer Ärztin oder Krankenhausabteilung bei der Diagnosestellung in Behandlung waren, kreuzen Sie bitte alle an, die zutreffen. Eine Behandlung wegen anderer Krankheiten oder Syndrome zählt nicht mit.

☐ Neurologie/Nervenheilkunde

☐ Hausarzt/Allgemeinmedizin

☐ Augenheilkunde

☐ Andere

☐ Kinderheilkunde

↳

Fachgebiet bitte aufschreiben

5. Welche Erstsymptome sind bei Ihnen aufgetreten?

Bitte alle zutreffenden ankreuzen

☐ Doppelbilder

☐ Erschöpfbarkeit, verminderte Belastbarkeit

☐ Andere Sehstörungen, Verschwommensehen

☐ Euphorische/gesteigerte Stimmung

☐ Gefühlsstörung des Gesichts

☐ Gedrückte Stimmung, vermehrte Traurigkeit

☐ Andere Gefühlsstörungen

☐ Zittern/Zeigeunsicherheit von Händen/Armen

☐ Gesichtslähmungen

☐ Blasenfunktionsstörungen (vermehrt/verminderter Harndrang/Inkontinenz)

☐ Andere motorische Störungen (Schwäche/Lähmungen in Armen/Beinen)

☐ Darmentleerungsstörung (Verstopfung/Durchfall/Inkontinenz)

☐ Hörminderung/Sprach-/Schluckstörung

☐ Sexuelle Störungen

☐ Koordinations- oder Feinmotorikstörungen

☐ Andere

☐ Konzentrations- oder Gedächnisstörungen

Wenn ja bitte nennen:

↳

Bitte aufschreiben

6. Wurde in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der diagnostischen Maßnahmen unternommen?

Kernspintomographie Gehirn

☐ Nein

☐ Ja

Kernspintomographie Rückenmark

☐ Nein

☐ Ja

Computertomographie Aufnahme Gehirn

☐ Nein

☐ Ja

Nervenwasseruntersuchung

☐ Nein

☐ Ja

Ultraschall vom Herzen

☐ Nein

☐ Ja

Elektrokardiogram (EKG)

☐ Nein

☐ Ja

7. Jetzt geht es darum, wie schnell Sie aufgrund Ihrer MS-Erkrankung erschöpft sind?

a) Körperliche Betätigung verursacht bei mir rasch Erschöpfung.

trifft überhaupt nicht zu

☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐

trifft vollständig zu

b) Erschöpfung beeinträchtigt mich bei der Arbeit im familiären und sozialen Leben.

trifft überhaupt nicht zu

☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐

trifft vollständig zu

c) Geistige Tätigkeiten erschöpfen mich rasch.

trifft überhaupt nicht zu

☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐

trifft vollständig zu

Sie haben es geschafft! Vielen Dank für Ihre Geduld! Auf den folgenden Zeilen haben Sie die Möglichkeit, Kommentare und Anregungen aufzuschreiben. Bitte benutzen Sie dafür Druckschrift zur besseren Lesbarkeit:

Zum Schluss möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens bedanken! Ihre detaillierten Erfahrungen mit Ihrer MS-Erkrankung sind sehr wichtig für uns.

2

11

46. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?
Bitte kreuzen Sie nur eine Antwortmöglichkeit an!

☐ Ich hatte keine Schmerzen
 ☐ Sehr leicht
 ☐ Leicht
 ☐ Mäßig
 ☐ Stark
 ☐ Sehr stark

47. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?
Bitte kreuzen Sie nur eine Antwortmöglichkeit an!

☐ Überhaupt nicht
 ☐ Etwas
 ☐ Mäßig
 ☐ Ziemlich
 ☐ Sehr

48. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? *Bitte kreuzen Sie nur eine Antwortmöglichkeit an!*

☐ Immer
 ☐ Meistens
 ☐ Manchmal
 ☐ Selten
 ☐ Nie

49. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu? *Bitte kreuzen Sie nur 1 Antwort je Zeile an!*

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfreue mich ausgezeichneten Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie oft sind Sie bisher wegen Ihrer MS stationär in einem Krankenhaus behandelt worden?

☐ Bisher gar nicht Falls ja, wie oft? Mal

9. Waren Sie in den letzten 12 Monaten aus anderen Gründen als der MS stationär in einem Krankenhaus?

☐ Nein ☐ Ja → Falls ja, wie oft? Mal

10. Sind Sie in den letzten 12 Monaten ambulant in einem Krankenhaus behandelt worden ohne dort über Nacht zu bleiben?

☐ Nein ☐ Ja → Falls ja, wie oft? Mal

11. Sind Sie in den letzten 12 Monaten zu einer stationären Rehabilitation gewesen?

☐ Nein ☐ Ja → Falls ja, wie viele Tage? Tage

12. Haben Sie in der Vergangenheit wegen Ihrer MS eines oder mehrere der folgenden Hilfsmittel gekauft oder erhalten?

	Nein	Ja
Stock, Unterarmgehistütze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehwagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauliche Änderungen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Änderungen am Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußhebemanschette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Elektrischer) Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppenlift, Rampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzeinlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte aufschreiben

13. Bitte geben Sie an, ob Sie (1.) eine oder mehrere der folgenden Leistungen zurzeit erhalten und wenn ja (2.), ob Sie die Leistungen komplett selbst bezahlen?

	1. Nein Ja		2. Nein Ja	
Krankengymnastik/Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergo-/Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprech- oder Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- oder Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch ambulanten Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten eine der folgenden Leistungen erhalten?

Besuch einer MS Schwester/Pfleger zu Hause	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Häusliche Hilfe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Transport durch Krankenwagen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Transport durch Taxi	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sozialberatung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

15. Sind Sie im vergangenen Jahr von Ihrer Krankenkasse wegen Überschreitung der Belastungsgrenze von der Zuzahlung von Medikamenten und Behandlungen befreit worden?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich weiß nicht

16. Wie zufrieden sind Sie mit dem Erfolg Ihrer derzeitigen MS-Therapie?

☐ Sehr zufrieden ☐ Eher zufrieden ☐ Eher unzufrieden ☐ Sehr unzufrieden

17. Wie zufrieden sind Sie mit der Verträglichkeit Ihrer derzeitigen MS-Therapie?

☐ Sehr zufrieden ☐ Eher zufrieden ☐ Eher unzufrieden ☐ Sehr unzufrieden



18. Gibt es in Ihrer Familie Personen, die unter MS leiden?

Es geht hier ausschließlich um die familiären Zusammenhänge und nicht um die Anzahl der betroffenen Familienmitglieder.

☐ Ja

☐ Nicht bekannt

☐ Nein

→ weiter mit Frage 19

↓

wenn ja, wer?

Bitte alle zutreffenden Familienmitglieder ankreuzen.

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Tochter

☐ Sohn

☐ Schwester

☐ Bruder

☐ Tante

☐ Onkel

☐ Andere

Bitte aufschreiben

19. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der folgenden Beschwerden?

Wenn Sie bei Beschwerden vorhanden mit "Ja" antworten und Sie glauben, dass diese auf eines Ihrer MS-Medikamente zurückzuführen ist, dann geben Sie bitte auch die restlichen Zeilen an.

Beschwerden	vorhanden?		Glauben Sie, dass Ihre Beschwerden durch ein MS-Medikament bedingt ist?		
Atemnot bzw. Schwierigkeiten beim Atmen, Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Augenentzündungen, Nachlass der Sehkraft, Augenschmerzen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Durchfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Blasenentleerungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Bläschenbildung, Brennen, Juckreiz in Mund- oder Genitalbereich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Fieber mind. 38 °C	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Halsentzündung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Gelenk - oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Juckender oder brennender Hautausschlag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Lustlosigkeit, depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Pilzinfektion	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Schwindel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
Andere, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <div>Bitte Medikament angeben</div>
<div>Bitte aufschreiben</div>					

42. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben und tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 1 km zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten zu Hause?

	Ja	Nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Ja	Nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwortmöglichkeit an!

☐ Überhaupt nicht

☐ Etwas

☐ Mäßig

☐ Ziemlich

☐ Sehr

4

9

38. Haben Sie jemals Leistungen aus der deutschen Pflegeversicherung beantragt?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, war der Antrag erfolgreich? ☐ Nein ☐ Ja ☐ Noch nicht entschieden



Weiter mit
Frage 39



Wenn ja, in welche Pflegestufe wurden Sie eingestuft?

☐ Pflegestufe 1 ☐ Pflegestufe 2 ☐ Pflegestufe 3

a) Ab wann haben Sie Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten?

Monat

Jahr

b) Welche Hauptleistung bekommen Sie momentan aus der Pflegeversicherung?

- ☐ Geldleistungen
☐ Sachleistungen (z.B. durch ambulanten Pflegedienst)
☐ Kombination aus beidem (Sach- und Geldleistungen)
☐ Keine mehr

Zum Schluss des Fragebogens möchten wir einige Fragen zum Wohlbefinden, kurz der Lebensqualität, stellen.

39. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an!

- ☐ Ausgezeichnet
☐ Sehr gut
☐ Gut
☐ Weniger gut
☐ Schlecht

40. Im Vergleich zum letzten Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an!

- ☐ Derzeit viel besser als vor einem Jahr
☐ Derzeit etwas besser als vor einem Jahr
☐ Etwa wie vor einem Jahr
☐ Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr
☐ Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr

In den letzten Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den letzten vier Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht. Bitte machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.

41. Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen...	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
... voller Schwung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sehr nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Haben Sie in den letzten sieben Tagen Medikamente eingenommen?

☐ Ja ☐ Nein Bitte weiter mit Frage 21



Bitte tragen Sie in die nachfolgende Liste ein, welche Medikamente Sie in den letzten sieben Tagen eingenommen haben. Gemeint sind alle Medikamente, die Sie zur Behandlung Ihrer MS und aus anderen Gründen (z.B. wegen Kopfschmerzen) eingenommen oder erhalten haben. Bitte geben Sie alle Medikamente an – d.h. auch Vitamintabletten, pflanzliche oder homöopathische Präparate, Hormonpräparate und Infusionen.

- A. Wie ist der Name des Medikaments?
B. Geben Sie bitte die Dosierung (z.B. 500 mg) des Medikaments mit an.
C. Haben Sie das Medikament täglich eingenommen? Wenn ja, wie oft nahmen Sie das Medikament täglich ein? Ganze oder halbe Tabletten werden hier nicht unterschieden, bei nicht täglicher Einnahme bitte hier nichts ankreuzen.
D. Mussten Sie es komplett (d.h. nicht nur die Rezeptgebühr) selbst bezahlen?

A. Name des Medikaments	B. Dosierung	C. Tägliche Einnahme?	Wie oft pro Tag?	D. Komplett selbst bezahlt?
		Nein Ja	1x 2x >=3x	Ja Nein
Beispiel <i>ASPIRIN</i>	<i>100mg</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="button" value="→"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6

7