

PATIENTENPASS

MS

Multiple Sklerose

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Patientenpass dient der besseren Kommunikation zwischen Ihnen und Ihren behandelnden Ärzten. Wir bitten Sie, dieses Heft auszufüllen bzw. von Ihrem Arzt ausfüllen zu lassen und bei Arztbesuchen mitzubringen. Die Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

**Arbeitskreis
Multiple Sklerose Berlin e.V.**

Verlaufsform der Multiple Sklerose

Verlaufsform	seit
schubförmig mit Vollremission	
schubförmig mit inkompletter Remission	
sekundär progredient	
primär progredient	

Andere Erkrankungen:

Grad der Behinderung (GdB):

Mitglied DMSG, Selbsthilfegruppen:

Behandelnde Ärzte (Name, Adresse, Telefonnummer)

Hausarzt:

Neurologe:

Andere Fachärzte:

Erstdiagnose

Datum:

Krankenhaus/Praxis:

Wann erste Symptomatik:

Schübe bis zur Diagnosestellung:

Datum	Symptomatik

	ja	nein
Liquor OKB positiv		
VEP pathologisch		
MRT MS-typisch verändert		
MRT Kopf	Anzahl	Läsionen
T2 gesamt		
■ periventrikulär		
■ juxtakortikal		
■ infratentoriell		
KM-aufnehmend		
black holes		
MRT spinal		
T2-Läsionen		
KM-aufnehmend		

Ausschlussdiagnostik:

Borreliose

ANA

andere

Notizen

