

Datum: |__|__| |__|__| 2015
TT MM

EUROPÄISCHE UMFRAGE ZU DEN DURCH MULTIPLE SKLEROSE ENTSTEHENDEN KOSTEN

Betroffenenfragebogen

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für diese Umfrage nehmen!

Bitte beachten Sie, dass der Zeitraum, auf welchen sich die Fragen beziehen, variiert. Die meisten Fragen beziehen sich auf die vergangenen drei Monate. Es gibt aber auch Fragen, die sich auf den vergangenen Monat (z.B. die Anwendung von Medikamenten) oder auf das vergangene Jahr (z.B. größere Investitionen) beziehen.

Bitte schließen Sie nur Angaben ein, die sich auf Ihre Multiple Sklerose beziehen. Wenn Sie beispielsweise einen Arzt aufgesucht oder Medikamente für eine andere Erkrankung (z.B. eine Erkältung) genommen haben, geben Sie diese bitte nicht an. Dies ist sehr wichtig!

Alle Angaben in diesem Fragebogen werden streng vertraulich behandelt und bleiben anonym. Ihre Antworten werden zusammen mit denjenigen anderer Befragter ausgewertet und in einem wissenschaftlichen Bericht zusammengefasst. Dadurch ist ein Rückschluss auf Ihre Identität absolut unmöglich

Ich bestätige, dass ich die Informationen über diese Studie gelesen und verstanden habe.

Ich verstehe, dass meine Teilnahme vollkommen freiwillig ist.

Ich wurde darüber informiert, dass die Ergebnisse der Studie in Präsentationen verwendet oder in wissenschaftlichen Berichten veröffentlicht werden dürfen, meine Identität dabei aber niemals enthüllt wird.

Ich bestätige, dass ich derzeit nicht an einer klinischen Studie teilnehme.

Ich stimme der Teilnahme an der oben genannten Studie zu.

Vielen Dank für Ihre Beteiligung!

Personenbezogene Daten

Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an.

19 |__|__|

Wie alt waren Sie, als bei Ihnen MS diagnostiziert wurde?

Alter.....

Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Symptome verspürten, welche Ihrer Meinung nach auf MS zurückzuführen waren?

Alter.....

Sind Sie

Männlich Weiblich

Leben Sie

Alleine Mit Familie/Freunden
 Pflegeheim/Betreutes Wohnen

Welches ist Ihr höchster Bildungsgrad?

Grundschule Berufsabschluss
 Abitur Universitätsabschluss

In welchem Kanton wohnen Sie?

<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> NW
<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> OW
<input type="checkbox"/> AI	<input type="checkbox"/> SG
<input type="checkbox"/> BL	<input type="checkbox"/> SH
<input type="checkbox"/> BS	<input type="checkbox"/> SO
<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> SZ
<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> TG
<input type="checkbox"/> GE	<input type="checkbox"/> TI
<input type="checkbox"/> GL	<input type="checkbox"/> UR
<input type="checkbox"/> GR	<input type="checkbox"/> VD
<input type="checkbox"/> JU	<input type="checkbox"/> VS
<input type="checkbox"/> LU	<input type="checkbox"/> ZG
<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ZH

Arbeits- und Aktivitätsdaten

Sind Sie zurzeit angestellt oder selbständig tätig?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Angestellt/Selbständig

Falls ja: Wie viele **Stunden pro Woche** arbeiten Sie normalerweise?

Wenn Sie nicht vollzeitbeschäftigt sind, ist dies auf Ihre MS zurückzuführen?

Waren Sie in den **vergangenen 3 Monaten** aufgrund Ihrer MS krankgeschrieben?

Falls ja: Wie viele Tage insgesamt in **diesen 3 Monaten**?

Wenn Sie seit mehr als 3 Monaten krankgeschrieben sind, seit wie vielen Monaten sind Sie krankgeschrieben?

|_|_| Stunden	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
|_|_| Tage	
|_|_| Monate	

Hat Ihre MS in den **vergangenen sieben Tagen** Ihre Arbeit beeinträchtigt?

Dabei geht es um die Tage, an denen Ihr Arbeitspensum oder die Art der Arbeit, die Sie ausführen konnten, eingeschränkt waren; oder Tage, an denen Sie weniger geleistet haben als geplant; oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht mit der gewohnten Sorgfalt ausführen konnten. Wählen Sie eine niedrige Zahl, wenn Ihre MS-bedingten gesundheitlichen Probleme Ihre Arbeit nur wenig beeinträchtigt haben. Wählen Sie eine hohe Zahl, wenn Ihre MS-bedingten gesundheitlichen Probleme Ihre Arbeit stark beeinträchtigt haben. Berücksichtigen Sie nur, wie stark Ihre MS-bedingten gesundheitlichen Probleme Ihre Arbeit beeinträchtigt haben.

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine Arbeit

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig von der Arbeit abgehalten

Wenn Ihre Arbeit beeinträchtigt wurde, welches waren die Hauptgründe dafür?

- Gedrückte Stimmung**
- Schwierigkeiten beim Denken**
- Müdigkeit**
- Körperliche Schmerzen**
- Beweglichkeit**
- Sonstiges**

Wenn Sie nicht angestellt oder selbständig tätig sind

Wenn Sie nicht arbeiten, ist Ihre MS der Grund dafür?

Falls ja: Welches ist Ihre Situation?

Seit welchem Jahr?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente	
<input type="checkbox"/> Frühpension	
<input type="checkbox"/> Andere	
_ _ _ _	

Falls nein: Was ist Ihre derzeitige Beschäftigung?

<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> Im Ruhestand
<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Arbeitslos

Krankenhausaufenthalte

Stationäre Aufnahme (Übernachtung)

Wurden Sie in den **vergangenen 3 Monaten** aufgrund Ihrer MS in einem Krankenhaus aufgenommen (mit Übernachtung)?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurologie	|_|_| Mal
Andere	|_|_| Mal
Neurologie	|_|_| Tage
Andere	|_|_| Tage

Falls ja: Wie oft und auf welcher Abteilung?

Wie viele Tage insgesamt?

Tagesklinik (weniger als 24 Stunden)

Wurden Sie **in den vergangenen 3 Monaten** aufgrund Ihrer MS für einen Tag ins Krankenhaus eingewiesen, d.h. ohne Übernachtung?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
|_|_| Mal	
Neurologie	|_|_| Tage
Andere	|_|_| Tage

Falls ja: Wie oft?

In welche Abteilungen?

Rehabilitation und Erholung

Rehabilitation

Haben Sie **in den vergangenen 3 Monaten** aufgrund Ihrer MS Zeit in einem Rehabilitationszentrum verbracht?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
|_|_| Tage	
|_|_| Besuche	

Falls ja: Wie viele Tage stationär (mit Übernachtung)?

Wie viele ambulante Besuche (weniger als 24 Stunden)?

Pflegeheim, betreutes Wohnen

Haben Sie **in den vergangenen 3 Monaten** aufgrund Ihrer MS Zeit in einem Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung verbracht?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
|_|_| Tage	

Falls ja: Wie viele Tage?

Arztbesuche

Ärzte, Spezialisten

Haben Sie in den vergangenen 3 Monaten aufgrund Ihrer MS einen Arzt oder einen Spezialisten konsultiert oder sich telefonisch beraten lassen?

Ja

Nein

Falls ja: Bitte geben Sie an, wen Sie aufgesucht haben und wie oft:

	In einem Krankenhaus oder medizinischen Zentrum	In einer Privatpraxis
<input type="checkbox"/> Neurologe	|_|_| Mal	|_|_| Mal
<input type="checkbox"/> Innere Medizin	|_|_| Mal	|_|_| Mal
<input type="checkbox"/> Urologe	|_|_| Mal	|_|_| Mal
<input type="checkbox"/> Augenarzt	|_|_| Mal	|_|_| Mal
<input type="checkbox"/> Psychiater	|_|_| Mal	|_|_| Mal
<input type="checkbox"/> Allgemeinarzt/Hausarzt	|_|_| Mal	|_|_| Mal
<input type="checkbox"/> MS-Schwester	|_|_| Mal	|_|_| Mal
	Telefonische Beratung	
<input type="checkbox"/> MS-Schwester	|_|_| Mal	
<input type="checkbox"/> Neurologe	|_|_| Mal	

Weitere Spezialisten

Haben Sie in den vergangenen 3 Monaten aufgrund Ihrer MS andere medizinische Spezialisten aufgesucht?

Ja

Nein

Falls ja: Bitte geben Sie an, welche und wie oft, sowie die Beträge, die Sie in den vergangenen 3 Monaten dafür ausgegeben haben.

		Mussten Sie diese ganz oder teilweise selbst bezahlen?	Wie viel mussten Sie pro Sitzung selbst bezahlen?
<input type="checkbox"/> Kontinenzberater (Pflegekraft)	|_|_| Sitzungen	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut	|_|_| Sitzungen	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Ergotherapeut	|_|_| Sitzungen	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF

<input type="checkbox"/> Sprachtherapeut	|_|_| Sitzungen	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Akupunkteur	|_|_| Sitzungen	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Chiropraktiker	|_|_| Sitzungen	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Psychologe/Berater	|_|_| Sitzungen	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Homöopath	|_|_| Sitzungen	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Massagetherapeut	|_|_| Sitzungen	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF

Untersuchungen, Tests

Wurden bei Ihnen **in den vergangenen 3 Monaten** aufgrund Ihrer MS speziellen Untersuchungen oder Tests durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Falls ja: Bitte geben Sie an, welche.

<input type="checkbox"/> MRT/Kernspintomographie (Gehirn)
<input type="checkbox"/> MRT/Kernspintomographie (Wirbelsäule)
<input type="checkbox"/> CT-Scan (Computertomographie)
<input type="checkbox"/> Lumbalpunktion (Analyse der Cerebrospinalflüssigkeit, CSF)
<input type="checkbox"/> Evozierte Potentiale (z. B. visuell)
<input type="checkbox"/> Ultraschall, bitte spezifizieren <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herz (Echokardiographie, Ultraschallkardiogramm, UKG) <input type="checkbox"/> Blase <input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Elektrokardiogramm (EKG)
<input type="checkbox"/> Bluttest |_|_| Mal

Medikamente

MS-Medikamente

Wurden Sie im vergangenen Monat mit einem verlaufsmodifizierenden MS-Medikament behandelt?

Ja

Nein

Falls ja: Bitte geben Sie an, mit welchem:

Interferon β -1b (Betaferon [®] ; Extavia [®])	<input type="checkbox"/> ja
Interferon β -1a (Avonex [®])	<input type="checkbox"/> ja
Interferon β -1a (Rebif [®] 22)	<input type="checkbox"/> ja
Interferon β -1a (Rebif [®] 44)	<input type="checkbox"/> ja
Peginterferon β -1a (Plegridy [®])	<input type="checkbox"/> ja
Glatiramer acetate (Copaxone [®])	<input type="checkbox"/> ja
Natalizumab (Tysabri [®])	<input type="checkbox"/> ja
Alemtuzumab (Lemtrada [®] ; Campath [®])	<input type="checkbox"/> ja
Fingolimod (Gilenya [®])	<input type="checkbox"/> ja
Teriflunomide (Aubagio [®])	<input type="checkbox"/> ja
Dimethyl Fumarate (Tecfidera [®])	<input type="checkbox"/> ja
Azathioprine (Imurek [®] ; Azathioprin [®])	<input type="checkbox"/> ja
Mitoxantrone (Novantrone [®])	<input type="checkbox"/> ja

Haben Sie vor Ihrer aktuellen Behandlung ein anderes MS-Medikament genommen?

Ja

Nein

Falls ja: Bitte geben Sie an, welches Medikamente Sie vor Ihrer aktuellen Behandlung genommen haben:

--

Schubbehandlung

Hatten Sie **in den vergangenen 3 Monaten** Schübe?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Bin mir nicht sicher	

Ein Schub oder eine temporäre Verschlimmerung der MS ist definiert als Entwicklung neuer Symptome oder Verschlechterung alter Symptome über einen Zeitraum von mehr als 48 Stunden. Bei einem Schub verschlechtern sich die MS-Symptome gewöhnlich über einen Zeitraum von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen. Die Symptome verschwinden dann teilweise oder ganz für mehrere Wochen oder Monate. Während eines Schubes können sich mehrere unterschiedliche Symptome gleichzeitig verschlimmern.

(Für unsere Zwecke hier kann eine Veränderung der Symptome aufgrund von Hitze oder Krankheit (z. B. Grippe, Erkältung, Harnwegsinfektion usw.) nicht als Schub bezeichnet werden.)

Falls ja: Wie viele Schübe hatten Sie **in den vergangenen 3 Monaten**?

_ _

Sind solche Schübe **im vergangenen Monat** aufgetreten?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Mussten Sie dafür spezielle Medikamente (Kortikosteroide) nehmen (Prednison, Methylprednisolon, Dexamethason und Prednisolon)?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Falls ja: Bitte geben Sie die Verabreichungsform an

Tabletten (oral)	<input type="checkbox"/> ja |_|_| Tage
Infusion	<input type="checkbox"/> ja

Andere rezeptpflichtige Medikamente

Hat Ihnen Ihr Arzt **im vergangenen Monat** andere Medikamente im Zusammenhang mit Ihrer MS und MS-Symptomen verschrieben?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Falls ja: Bitte geben Sie an, welche und für wie viele Tage Sie diese **im vergangenen Monat** eingenommen haben.

Medikamente		Anzahl der Tage in einem Monat
Behandlung für Gehfähigkeit, Spastizität und Schmerzen	<input type="checkbox"/> Fampridin (Fampyra®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Baclofen (Lioresal®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Clonazepam (Clonazepam®; Rivotril®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Tizanidin (Tizanidin®; Zanaflex®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Diazepam (Valium®; Stesolid®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Dantrolen (Dantrium®)	|_|_| Tage

	<input type="checkbox"/> Gabapentin (Neurontin®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Carbamazepin (Tegretol®; Carbamazepin®; Timonil®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Amitriptylin (Amitriptylin®; Saroten®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Botulinum toxin	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Morphin	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Cannabis extrakt (Sativex®)	|_|_| Tage
Urologische Behandlung	<input type="checkbox"/> Oxybutynin (Ditropan®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Tolterodine (Detrusitol®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Desmopressin (Minirin®; Nocutil®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Botulinum toxin	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	|_|_| Tage
Behandlung gegen Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Amantadin (Symmetrel®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Modafinilum (Modafinil®; Modasomil®)	|_|_| Tage
Behandlung gegen Depressionen	<input type="checkbox"/> Sertralin (Zoloft®; Sertralin®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Paroxetin (Paxil®; Deroxat®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Venlafaxin (Efexor®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Mianserin (Mianserin®; Tolvin®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Mirtazapine (Remeron®; Mirtazapin®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Clomipramin (Anafranil®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Fluoxetine (Prozac®; Fluctine®; Fluoxetin®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Citalopram (Cipralext®)	|_|_| Tage
	<input type="checkbox"/> Amitriptylin (Saroten®)	|_|_| Tage

Rezeptfreie Medikamente

Haben Sie **im vergangenen Monat** irgendwelche rezeptfreien Medikamente (beispielsweise Vitamine, Schmerzmittel, Ergänzungsmittel usw.) für Ihre MS gekauft?

Ja

Nein

Falls ja: Bitte geben Sie an, wie viel Geld Sie in etwa für solche Medikamente **im vergangenen Monat** ausgegeben haben.

..... CHF

Investitionen, Anschaffungen, Hilfsmittel

Mussten Sie **im vergangenen Jahr (12 Monate)** aufgrund Ihrer MS Veränderungen an Ihrem Haus, Ihrer Wohnung oder Ihrem Auto vornehmen lassen oder haben Sie spezielle Geräte oder Hilfsmittel benötigt?

Ja

Nein

Falls ja: Bitte geben Sie bei jedem Punkt an, ob Sie selbst dafür bezahlen mussten, und wieviel:

	Mussten Sie diese ganz oder teilweise selbst bezahlen?	Wie viel mussten Sie selbst bezahlen?
<input type="checkbox"/> Treppenaufzug, Lift	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Pflegebett, Rampen, Geländer	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Gehhilfen (Stöcke, Krücken, Rollator, usw.)	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Elektrischer Rollstuhl, Scooter	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Spezielle Hilfsmittel und Geräte (zum Schreiben, Kochen, zur persönlichen Hygiene, zum Anziehen, oder Brillen usw.)	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Änderungen an Ihrem Auto		.....CHF
<input type="checkbox"/> Änderungen in Ihrem Haus/Ihrer Wohnung (Küche, Badezimmer, Schlafzimmer, Alarm usw.)		.....CHF

Unterstützung

Pflege- und Sozialdienste, Dienstleistungen der MS-Gesellschaft, Haushalthilfe

Haben Sie im vergangenen Monat (1 Monat) aufgrund Ihrer MS Unterstützung benötigt?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Falls ja: Bitte geben Sie an, welche Art von Hilfe, ob und wie viel Sie davon selbst bezahlen mussten im vergangenen Monat.

	Anzahl der Tage im vergangenen Monat	Durchschnittliche Anzahl Stunden pro Tag	Mussten Sie diese ganz oder teilweise selbst bezahlen?	Wie hoch war Ihr Eigenanteil insgesamt pro Monat?
<input type="checkbox"/> Pflegekraft (Hausbesuche)	|_|_| Tage	_ _	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter (Hausbesuche)	|_|_| Tage	_ _	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Haushalthilfe	|_|_| Tage	_ _	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF
<input type="checkbox"/> Transport	|_|_| Anzahl der Fahrten im vergangenen Monat	|_|_| Durchschnittliche Kilometerzahl pro Hin- und Rückfahrt	<input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	.....CHF

Sonstige Unterstützung

Gab es im vergangenen Monat (1 Monat) Tage, an denen Sie aufgrund Ihrer MS Hilfe von einem Familienmitglied oder von Freunden (keine Fachkräfte) benötigten, um Ihren normalen Aktivitäten nachzugehen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
|_|_| Tage	
|_|_| Stunden/Tag	

Falls ja: An wie vielen Tagen im vergangenen Monat?

Für wie viele Stunden durchschnittlich pro Tag?

Allgemeine Lebensqualität

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Häkchen in einem der Kästchen in jeder der unten aufgeführten Gruppen machen.

Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen
- Ich bin ans Bett gebunden

Für mich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten

(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht mehr in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen / körperliche Beschwerden

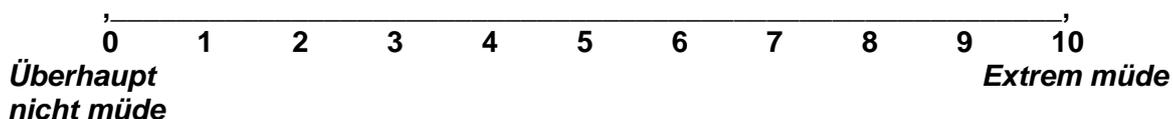
- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Müdigkeit

Wie beurteilen Sie, auf einer Skala von 0 bis 10, Ihre Müdigkeit während der vergangenen 48 Stunden? Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die Ihrem Zustand am besten entspricht:



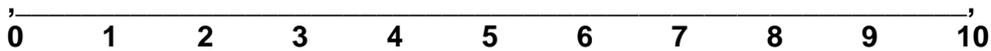
Kognitive Funktionen

Erleben Sie gegenwärtig **kognitive Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Ihrer MS**? Diese Beeinträchtigungen können sich in folgenden Schwierigkeiten äußern:

- sich an Dinge zu erinnern oder sie sich zu merken;
- sich zu konzentrieren, besonders über einen längeren Zeitraum hinweg;
- sich klar auszudrücken;
- mündliche oder schriftliche Informationen zu verstehen und zu verarbeiten (Gesprächen oder einer Geschichte in einem Buch zu folgen);
- so schnell zu denken, wie Sie das von früher gewohnt sind;
- usw.

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------	--------------------------------------

Falls ja: Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die dem Schweregrad Ihrer oben genannten Schwierigkeiten am ehesten entspricht:



Überhaupt keine Schwierigkeiten

Große Schwierigkeiten

Fragen zur Erkrankung

Unter welcher Art von MS leiden Sie gegenwärtig?

Bitte lesen Sie die nachstehende Beschreibung und wählen Sie die Aussage, die Ihrem aktuellen Zustand am ehesten entspricht.

(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

Schubförmig remittierende MS

Es kommen wiederholt Schübe vor, wobei neue Symptome auftreten oder existierende Symptome sich verschlechtern. Nach einem Schub erfolgt normalerweise eine vollständige Erholung. Der Zustand zwischen den Schüben ist stabil.

Ja

Sekundär fortschreitende MS

Nach einer zuerst schubförmigen/remittierenden Phase erfolgt ein stufenweiser Anstieg der Einschränkungen und körperlichen Behinderung, unabhängig von Schüben (die immer noch bei einigen aber nicht bei allen Patienten auftreten).

Ja

Primär fortschreitende MS

Stufenweises Einsetzen einer Verschlechterung der körperlichen Behinderung ohne deutliche Schübe.

Ja

Wie würden Sie den Schweregrad Ihrer Erkrankung im Augenblick beschreiben?

Bitte lesen Sie die nachstehend aufgeführten Beschreibungen durch und wählen Sie die Aussage, die Ihrer eigenen Situation am besten entspricht. Diese Beschreibungen konzentrieren sich hauptsächlich darauf, wie gut Sie im Moment gehen können. Es kann sein, dass keine der Beschreibungen genau Ihrem Zustand entspricht, aber kreuzen Sie bitte die eine Kategorie an, die Ihrer Situation am nächsten kommt. (Wählen Sie bitte nur eine Antwort.)

Ich habe keine Einschränkungen.	<input type="checkbox"/> 0
Ich habe keine funktionellen Einschränkungen, aber möglicherweise leichte sensorische Symptome. Wenn ich einen Schub habe, normalisiert sich mein Zustand, sobald der Schub vorüber ist.	<input type="checkbox"/> 1
Ich habe einige spürbare Symptome (Muskelschwäche, leichte visuelle Störungen), aber ich kann normal gehen und laufen.	<input type="checkbox"/> 2
Ich habe eine erhebliche funktionale Einschränkung aufgrund meiner Muskelschwäche und visuellen Störungen, aber meine Gehfähigkeit ist in keiner Weise eingeschränkt. Ich kann allerdings nicht schnell laufen.	<input type="checkbox"/> 3
Ich habe erhebliche funktionale Einschränkungen, aber ich bin in der Lage, mindestens 500 Meter ohne Hilfe oder Ausruhen zu gehen. Ich benötige eventuell einen Gehstock oder eine sonstige Gehhilfe, um während eines Schubes gehen zu können.	<input type="checkbox"/> 4
Ich kann 100–200 Meter ohne Hilfe oder Ausruhen gehen. Bei längeren Strecken verwende ich oft einen Gehstock oder eine andere Art der Unterstützung (indem ich beispielsweise eine Wand berühre oder mich auf jemandes Arm stütze), besonders im Freien.	<input type="checkbox"/> 5
Ich benötige stets einen Gehstock oder eine einzelne Krücke, und ich kann nicht mehr als 100 Meter gehen, ohne anzuhalten. Meine Aktivitäten sind eingeschränkt.	<input type="checkbox"/> 6
Ich benötige stets zwei Gehstöcke oder Krücken, und ich kann nicht mehr als 100 Meter gehen, ohne anzuhalten. Meine Aktivitäten sind eingeschränkt.	<input type="checkbox"/> 7
Ich bin ans Haus gebunden. Ich kann einige Schritte gehen, wenn ich mich dabei an Wände oder Möbel abstütze. Ich kann keine 20 Meter gehen, ohne anzuhalten. Bei längeren Strecken verwende ich einen Rollstuhl, mit dem ich mich ohne fremde Hilfe bewegen kann.	<input type="checkbox"/> 8
Ich kann überhaupt nicht gehen und bin an den Rollstuhl gebunden, aber ich kann meine Arme bewegen.	<input type="checkbox"/> 9
Ich bin bettlägerig und unfähig, länger als eine Stunde in einem Rollstuhl zu sitzen.	<input type="checkbox"/> 10

Bitte bis zum 31.10.2015 einsenden.

Postanschrift zum Einsenden des Fragebogens:

Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft

Josefstrasse 129

Postfach

8031 Zürich

Bitte KEINE Absenderangaben auf dem Umschlag vermerken.

Wir bedanken uns bereits vorab für Ihre Zeit und Ihre Teilnahme.

Ihre Schweiz. MS-Gesellschaft