Neurologische Gemeinschaftspraxis

am Kaiserplatz

Kaiserstraße 14
60311 Frankfurt am Main

Tel. (069) 75 16 11
Fax (069) 74 74 29 60

praxis@neurologie-ffm.de
www.neurologie-ffm.de

im Main Kinzig Kreis

Kreuze 9
63505 Langenselbold

Tel. (06184) 208 94 04
Fax (069) 74 74 29 60

praxis@neurologie-ffm.de
www.neurologie-ffm.de

Checkliste für MS-Patienten

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen bei Ihrer Erstvorstellung in unserer Epilepsie-Sprechstunde mit:

- ☐ Krankenkassenkarte
- ☐ Überweisungsschein (sofern vorhanden)

Vorbefunde

☐

☐ Sofern die Erstdiagnosestellung in einer **neurologischen Klinik** erfolgt ist, bitten wir darum, den **Arztbericht** zu diesem Klinikaufenthalt mitzubringen.

☐

☐ Sollte die Erstdiagnose durch einen **niedergelassenen Neurologen** erfolgt sein, so bitten wir, **aussagekräftige Befundberichte** mitzubringen, insbesondere Ergebnisse von **c-MRT** und **HWS-MRT** sowie **BWS-MRT**; sofen vorhanden: Resultate einer **Liquorpunktion**.

☐

☐ Bitte bringen Sie, sofern vorhanden, auch **sonstige Arztberichte** zu neurologischen Klinikaufenthalten mit.

☐

☐ Sollten bereits andere fachärztliche Konsultationen erfolgt sein (z. B. HNO-Arzt, Orthopäde, Neurochirurg, Internist), so bringen Sie die Arztberichte hierzu bitte ebenfalls mit.

Biografische Angaben

☐

☐ Bitte listen Sie auf der zweiten Seite auf, von wann bis wann welche **MS-Medikation** eingenommen wurde und warum ggf. ein **Medikationswechsel** stattfand:
Z.B.: 1.) Rebif 44, 01/2021 bis 09/2022, abgesetzt wg. grippaler Nebenwirkungen
2.) Aubagio, 10/2022 bis 04/2023, abgesetzt wg. unzur. Effektivität

☐

☐ Bitte listen Sie so chronologisch wie möglich bisherige Schubereignisse auf (z. B. „02.02.2021 Sehnerv rechts“)

Vielen Dank!

Stand Dezember 2023

Biografische Angaben für MS-Patienten

Datum:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

Erstdiagnosestellung	Datum:	Wo:

Bisherige Therapien			
Therapie 1:	von:	bis:	abgesetzt wegen:
Therapie 2:	von:	bis:	abgesetzt wegen:
Therapie 3:	von:	bis:	abgesetzt wegen:
Therapie 4:	von:	bis:	abgesetzt wegen:
Therapie 5:	von:	bis:	abgesetzt wegen:

Chronologische Schubhistorie	
Schub 1 – Monat/Jahr:	Art des Schubes:
Schub 2 – Monat/Jahr:	Art des Schubes:
Schub 3 – Monat/Jahr:	Art des Schubes:
Schub 4 – Monat/Jahr:	Art des Schubes:
Schub 5 – Monat/Jahr:	Art des Schubes:
Schub 6 – Monat/Jahr:	Art des Schubes:

Ggf. weitere:

Vielen Dank!