

# SYMPTOM SCREEN

Bitte markieren Sie **die Zahl, die am besten beschreibt, wie sich MS auf die jeweilige Funktion auswirkt**. Wenn Sie beispielsweise länger brauchen, um am Computer zu tippen oder auf dem Mobiltelefon eine SMS einzugeben, würden Sie Ihre Handfunktion als „leicht eingeschränkt“ einstufen (und die Zahl 2 mit einem Kreis markieren). Wenn Sie jedoch gar nicht mehr tippen können, würden Sie Ihre Handfunktion als „stark eingeschränkt“ einstufen (und die Zahl 4 mit einem Kreis markieren).

	0 - überhaupt nicht eingeschränkt	1 - sehr leicht eingeschränkt/ ich muss meine Einschränkung ausgleichen	2 - leicht eingeschränkt/ ich muss meine Einschränkung häufig ausgleichen	3 - mäßig eingeschränkt/ ich habe meine täglichen Aktivitäten reduziert	4 - stark eingeschränkt/ ich habe einige Aktivitäten aufgegeben	5 - sehr stark eingeschränkt/ ich kann viele meiner täglichen Aktivitäten gar nicht mehr ausführen	6 - weitestgehend eingeschränkt/ ich kann die meisten täglichen Aktivitäten gar nicht mehr ausführen
<b>Gehen</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Handfunktion/ Fingerfertigkeit</b> Schlechte Handkoordination, Zittern	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Spastik und Steifheit</b> Muskelkrämpfe oder Muskelverspannungen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Körperliche Schmerzen</b> Schmerz, Druckempfindlichkeit	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Oberflächenempfinden der Haut (sensorische Symptome)</b> Taubheit, Kribbeln oder Brennen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Blasenkontrolle</b> Harndrang, häufiges Wasserlassen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Ermüdung</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Sehvermögen</b> Verschwommenes Sehen, Doppeltsehen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>



# SYMPTOM SCREEN

	0 - überhaupt nicht eingeschränkt	1 - sehr leicht eingeschränkt/ ich muss meine Einschränkung ausgleichen	2 - leicht eingeschränkt/ ich muss meine Einschränkung häufig ausgleichen	3 - mäßig eingeschränkt/ ich habe meine täglichen Aktivitäten reduziert	4 - stark eingeschränkt/ ich habe einige Aktivitäten aufgegeben	5 - sehr stark eingeschränkt/ ich kann viele meiner täglichen Aktivitäten gar nicht mehr ausführen	6 - weitestgehend eingeschränkt/ ich kann die meisten täglichen Aktivitäten gar nicht mehr ausführen
<b>Schwindelgefühl</b> Gleichgewichtsprobleme, „alles dreht sich“/Schwindelgefühl	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Denkvermögen (kognitive Funktion)</b> Gedächtnis, Konzentrationsschwierigkeiten	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Depression</b> Depressive Gedanken, Niedergeschlagenheit	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Angstzustände</b> Das Gefühl, im Stress zu sein; Panikattacken	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

