

# MS SYMPTOM KOMPASS

Wir empfehlen diesen Selbsttest mindest. 2x jährlich durchzuführen, um eine evtl. Verschlechterung der Symptome schneller zu erkennen, um in weiterer Folge dies mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen zu können.

Alter

## Information zu Ihrer MS

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Schub? (ein Zeitraum in dem neurologische Symptome schlechter werden, später wieder besser?)

Ja  Nein

Falls JA:

Wieviele Schübe

▼

hatten Sie?

1

2

3+

Wie gut haben Sie sich von Ihrem letzten Schub erholt?

100%

Ganz

75%

Fast ganz

50%

Teilweise

25%

Etwas

0%

Gar nicht

## Zu Ihren Symptomen

Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine der folgenden Erfahrungen gemacht?

- Beeinträchtigung beim Sehen
- Muskelschwäche oder Muskelkrämpfe
- Beeinträchtigung beim Gehen
- Probleme mit dem Gleichgewicht
- Schmerzen
- Taubheitsgefühl oder Kribbeln
- Blasenfunktionsstörung und Verdauungsprobleme
- Probleme beim Sprechen
- Gedächtnis- oder Konzentrationsstörung
- Müdigkeit oder Erschöpfung

Traten diese Symptome **nach** dem Schub auf?

wenn ja

Nein leicht mittel stark

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traten diese Symptome **ohne** Schub auf?

wenn ja

Nein leicht mittel stark

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche der folgenden Aktivitäten in Ihrem Leben wurde in den letzten 6 Monaten durch Ihre MS-Symptome beeinflusst?

- Bewegen (Spazieren, Stiegen steigen)
- Körperpflege, Anziehen
- Kochen, Einkaufen, Aufräumen
- nachgehen von Hobbies oder Freizeitaktivitäten
- bei der Arbeit

**nach** dem Schub, wenn ja

Nein leicht mittel stark

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ohne** Schub, wenn ja

Nein leicht mittel stark

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprechen Sie mit Ihrem Neurologen, wenn sich Ihre Krankheit verändert!



Ein Service von  
Novartis Pharma GmbH  
Jakov-Lind-Str. 5, Top 3.05  
1020 Wien  
[www.novartis.at](http://www.novartis.at)

## **INFOLINE**

Kostenfreie sozialrechtliche  
Information

**0800/203909**

Mo–Do 9–16 Uhr & Fr 9–13 Uhr  
[customer.solutions-at@novartis.com](mailto:customer.solutions-at@novartis.com)