

13. Fühlen Sie sich durch Ihren Arzt ausreichend und rechtzeitig **informiert** über:
(Bitte geben Sie eine Note entsprechend dem Schulnotensystem)

Multiple Sklerose an sich (Art der Erkrankung, Verlaufsform, ...)	1	2	3	4	5
Mögliche Langzeittherapieformen und deren Risiken	1	2	3	4	5

14. Wie erhielten Sie **Information** über Multiple Sklerose?

☐ Arzt	☐ Bekannte/Freunde/Verwandte	☐ Spezielle MS-Organisationen
☐ Internet	☐ Bücher	☐ Zeitungen
☐ Fernsehen	☐ Sonstige:	

15. Standen Sie jemals unter alternativmedizinischer Behandlung im Rahmen von MS? ☐ Ja ☐ Nein
(Bei Nein bitte weiter mit Frage 17)

16. Welcher **alternativmedizinischen Behandlung** vertrauen Sie?

☐ Akupunktur	Seit:
☐ Traditionelle Chinesische Medizin	Seit:
☐ Homöopathie	Seit:
☐ Nahrungsergänzungsmittel	Seit:
☐ Sonstiges:	Seit:

17. Multiple Sklerose und Erwerbstätigkeit

☐ Ich bin beim **gleichen Arbeitgeber** wie vor der Diagnose und bin nicht/wenig eingeschränkt

☐ Ich bin beim **gleichen Arbeitgeber** wie vor der Diagnose und bin mittel/stark eingeschränkt

☐ Ich habe einen **neuen Arbeitgeber** und bin in meiner Tätigkeit nicht/wenig eingeschränkt

☐ Ich habe einen **neuen Arbeitgeber** und bin in meiner Tätigkeit mittel/stark eingeschränkt

☐ Ich bin aufgrund meiner Erkrankung derzeit im **Krankenstand** Seit:

☐ Ich bin aufgrund meiner Erkrankung derzeit auf **Arbeitssuche** Seit:

☐ Ich bin aufgrund meiner Erkrankung **nicht arbeitsfähig** (Erwerbsunfähigkeit) Seit:

☐ Ich beziehe bereits eine **Alterspension** Seit:

☐ Ich war auch vor der Diagnose **nicht erwerbstätig** (Ausbildung, Hausfrau, ...) Seit:

Sonstiges:

18. Weiß Ihr Arbeitgeber von Ihrer Erkrankung? ☐ Ja ☐ Nein
(Falls Sie unselbstständiger Arbeitnehmer sind. Sonst bitte weiter zur Frage 20)

19. Haben Sie einen behördlich anerkannten **Grad der Behinderung** aufgrund von MS?

☐ Ja, in der Höhe von: %

☐ Nein

20. Wie geht es Ihnen zurzeit?

☐ Sehr gut	☐ Gut
☐ Mittel	☐ Eher schlecht
☐ Sehr schlecht	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Fragebogen MS WÜNSCHE, BEDÜRFNISSE, ANLIEGEN VON BETROFFENEN

Untenstehend finden Sie einige Aussagen.

Wenn diese für Sie als MS-Betroffener wichtig sind, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an. Ist das Statement für Sie unwichtig, kreuzen Sie bitte das Kästchen für unwichtig an. In der rechten Spalte kreuzen Sie bitte jene 5 Punkte an, die aus Ihrer Sicht die 5 wichtigsten Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen sind.

Aussagen	wichtig	unwichtig	zu den fünf wichtigsten Wünschen, Bedürfnissen, Anliegen zählen: (bitte ankreuzen)
1. Umfassende Information über die schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten	☐	☐	☐
2. Umfassende Information über alle ergänzungsmedizinischen Maßnahmen	☐	☐	☐
3. Umfassende Information über die Möglichkeiten der physikalischen Medizin	☐	☐	☐
4. Umfassende Informationen über Langzeittherapie	☐	☐	☐
5. Umfassende Information über eine therapiebegleitende gesunde Ernährung	☐	☐	☐
6. Umfassende Information über die Möglichkeiten der Psychotherapie als Begleitung zur medikamentösen Therapie	☐	☐	☐
7. Umfassende Information über Stammzellentherapie	☐	☐	☐
8. Übersicht der schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten (Medikamente) unter besonderer Berücksichtigung der Wirksamkeit	☐	☐	☐
9. Übersicht der schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten (Medikamente) unter Beschreibung möglicher Nebenwirkungen	☐	☐	☐
10. Umfassende Information über den Verlauf der Krankheit	☐	☐	☐
11. Umfassende Information über wichtige Studien der verfügbaren Medikamente	☐	☐	☐
12. Kontinuierliche Information über neue medikamentöse Therapiemöglichkeiten	☐	☐	☐
13. Informationen, über mögliche nicht behandelbare Nebenwirkungen	☐	☐	☐
14. Information, wie Auftreten der Nebenwirkungen rasch und wirksam behandelt werden kann	☐	☐	☐
15. Umfassende Information über Möglichkeiten der Früherkennung	☐	☐	☐

Bitte schicken Sie den Fragebogen an Meditia Information Kommunikation Gesellschaft mbH:
z. Hd. Frau Angelika Krauss-Rirsch, MAS
Wallnerstraße 4/3/13, A-1010 Wien
E-Mail: Angelika_Krauss-Rirsch@meditia.at
Homepage: www.meditia.at
Wir garantieren Ihnen, dass alle Ihre Angaben anonym behandelt werden.

	wichtig	unwichtig	zu den fünf wichtigsten Wünschen, Bedürfnissen, Anliegen zählen: (bitte ankreuzen)
16. Umfassende Information über Möglichkeiten einer frühen Diagnose	☐	☐	☐
17. Umfassende Information über die bestmögliche Therapie, damit der Krankheitsverlauf möglichst lange verzögert wird	☐	☐	☐
16. Informationsbroschüre, die regelmäßig dem letzten Stand des Wissens angepasst wird	☐	☐	☐
17. Auflistung aller MS-Ambulanzen und Fachärzte	☐	☐	☐
18. Auflistung aller Medikamente inklusive Übersicht der wichtigen Studien	☐	☐	☐
19. Refundierung von Medikamenten gegen Erektile Dysfunktion	☐	☐	☐
20. MS-Pass für jeden Betroffenen	☐	☐	☐
21. Gut über die frühen Symptome informierte Allgemeinmediziner	☐	☐	☐
22. Gut über die frühen Symptome informierte Augenärzte, Gynäkologen, HNO-Ärzte und Urologen	☐	☐	☐
23. Gut informierte Fachärzte, die MS behandeln	☐	☐	☐
24. Wunsch nach frühestmöglicher Diagnose	☐	☐	☐
25. Wunsch nach bestmöglicher Therapie, damit der Krankheitsverlauf möglichst lange verzögert wird	☐	☐	☐
26. Problemlose Kostenübernahme aller sinnvollen Therapien für MS-Erkrankte	☐	☐	☐
27. Freie Entscheidung der Betroffenen, den Arbeitgeber zu informieren	☐	☐	☐
28. Respekt vor der Krankheit	☐	☐	☐
29. Verständnis für MS-Erkrankte bei nicht betroffenen Menschen	☐	☐	☐
30. Öffentlichkeitsarbeit für MS	☐	☐	☐
Weitere wichtige Bedürfnisse, Wünsche, Anliegen:			
31.	☐	☐	☐
32.	☐	☐	☐
33.	☐	☐	☐

Fragebogen MS

STATISTISCHE AUSWERTUNG

Um eine optimale Auswertung zu Ihren Bedürfnissen und Wünschen zu erhalten, brauchen wir auch Ihre statistischen Daten. Bitte füllen Sie unten angeführte Fragen aus.

1. Welches Geschlecht haben Sie?

☐ Männlich

☐ Weiblich

2. Wie alt sind Sie?

☐ Unter 20

☐ 21–30

☐ 31–40

☐ 41–50

☐ 51–60

☐ 61+

3. Wann traten die ersten Symptome auf?

(Monat/Jahr)

4. Wann wurde bei Ihnen die Diagnose MS gestellt?

(Monat/Jahr)

5. Welche Untersuchungen wurden für die Diagnose durchgeführt?

☐ Elektroenzephalografie (EEG)

☐ Magnetresonanztomografie (MRT)

☐ Liquoruntersuchung (Lumbalpunktion)

☐ Evozierte Potenziale: VEP (Schachbrettmuster)

☐ Andere:

6. Ich leide unter Multipler Sklerose von folgendem Typ

☐ Schubförmig remittierende MS

☐ Primär progrediente MS

☐ Sekundär progrediente MS

☐ Noch nicht diagnostiziert

7. Aufgrund wie vieler Schübe erhielten Sie eine Kortisonstoßtherapie?

Anzahl:

8. Erhielten Sie jemals Medikamente der Schulmedizin als Langzeittherapie?

☐ Ja

☐ Nein

(Bei Nein bitte weiter mit Frage 13)

9. Welche Medikamente erhielten Sie: (bitte ankreuzen)

☐ Glatiremeracetat (Copaxone)

☐ Interferone:

☐ Avonex

☐ Betaferon

☐ Rebif

☐ Immunglobuline

☐ Andere:

10. Erhalten Sie obige Medikamente nach wie vor?

☐ Ja

☐ Nein

(Bei Ja bitte weiter mit Frage 12)

11. Warum haben Sie die Medikamente abgesetzt/gewechselt?

12. Wie lange war die Zeitspanne von der Diagnosestellung bis zur erstmaligen Einnahme obiger Medikamente?