

**Fax-Back**  
**Psoriasis-Netzwerk Rhein-Ruhr**  
**Nicole-C. Bartosch-Stolp**  
**0211/179 330 49**

Mein Patient

Name:.....Telefon:.....

Geb.-Datum: :.....

soll auf eine Systemtherapie zur Behandlung der mittelschweren bzw. schweren Psoriasis eingestellt werden.

Psoriasis-erkrankung seit: \_ \_ \_ \_ \_

Durchgeführte Vortherapien:

Gründe für Absetzen:

- UVA .....
- UVB 311 nm .....
- Bade-PUVA .....
- Hand-/Fuß-PUVA .....
- Excimer .....
- Ambulante Creme-/Salbentherapie .....
- Lokalthapien .....
- Cignolin/Dithranol .....
- Systemtherapien .....
- Fumarsäureester .....
- Cignolin/Acitretin .....
- Biologics/s.c. Applikation .....
- Biologics/i.v. Applikation .....
- Methotrexat .....

Die Psoriasisausdehnung und Schwere stufe ich ein als:

gering  mittelgradig  schwergradig

Der Patient leidet unter Psoriasisarthritis  JA  NEIN

Nachgewiesen durch:

Folgende Medikation besteht unabhängig von der Psoriasis:

Ich bitte um kurzfristige Terminvergabe und um Mitteilung einer Behandlungsempfehlung.

Ich möchte den Patienten gerne überweisen, um die Systemtherapie durchführen zu lassen/zu monitorieren:

JA

NEIN

Datum

Name des zuweisenden Arztes

-----  
Vom Zweitgutachter auszufüllen:

Empfohlene Therapie der Psoriasis:

Begründung:

Nächster Vorstellungstermin: \_\_. \_\_. \_\_

-----  
Datum:

-----  
Unterschrift