

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 in der Hautklinik und um Mitteilung einer Behandlungsempfehlung.

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

JA

NEIN

Datum

Name des zuweisenden Arztes

Von der Klinik auszufüllen:

Empfohlene Therapie der Psoriasis:

Begründung:

Nächster Vorstellungstermin: __. __. 2009

Datum:

Unterschrift des Klinikarztes