


Klinik und Poliklinik für Dermatologie	
Psoriasis – Fragebogen für zuweisende Ärzte	
Mitgeltende Unterlage	Seite 1 von 2

Informationen zu Vorbehandlungen und Begleiterkrankungen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der zuweisenden Praxis

1. Grund der Vorstellung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Überprüfung der Diagnose | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung zur bestehenden Therapie |
| <input type="checkbox"/> Schwere des Befundes | <input type="checkbox"/> V.a. Psoriasis-Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Prüfung der Indikation zur Systemtherapie | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

2. Seit wann ist die Psoriasis bei Ihrem Patienten bekannt?

3. Wann war Ihr Patient das letzte Mal in dermatologischer Behandlung?

4. Welche Therapie wird aktuell durchgeführt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lichttherapie | <input type="checkbox"/> Systemtherapie: |
| <input type="checkbox"/> Lokalthherapie (z.B. Steroid, Vitamin D3): | |

5. Wurde bereits eine systemische Therapie der Psoriasis bei Ihrem Patienten durchgeführt?

- Ja
 Nein
 Weiß nicht
Falls Ja - bitte in Tabelle aufführen!

Substanz	Zeitraum	Gründe des Therapieabbruchs
		<input type="checkbox"/> Unwirksamkeit <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> Kontraindikation _____
		<input type="checkbox"/> Unwirksamkeit <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> Kontraindikation _____
		<input type="checkbox"/> Unwirksamkeit <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> Kontraindikation _____
		<input type="checkbox"/> Unwirksamkeit <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> Kontraindikation _____

6. Besteht bei Ihrem Patienten eine der folgenden Begleiterkrankungen / Risikofaktoren?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Chronische Darmerkrankung
(M. Crohn, Colitis ulcerosa) |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> AVK |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Raucher | |
| <input type="checkbox"/> KHK | |

7. Dauermedikamente

Sollten Voruntersuchungen vorliegen (Röntgen, Laborwerte, Histologie, etc.) bitten wir um Übermittlung der Befunde.

Hinweis: eine pauschale Übernahme der Patientenbetreuung in unserer Psoriasisprechstunde ist nicht möglich. Eine ambulante dermatologische Weiterbetreuung ist weiterhin notwendig. Bei Bedarf ist eine Überweisung in unsere Sprechstunde jedoch jederzeit möglich.