



# Psoriasis-Fragebogen für zuweisende Ärzte

Informationen zu Vorbehandlungen und Begleiterkrankungen

**Vorname**

**Nachname**

**Adresse** (Straße, PLZ, Telefon)

  
  


**Stempel der zuweisenden Praxis**

  
  

**Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)**

## 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 |  |

## 2. Seit wann ist die Psoriasis vulgaris bzw. die Psoriasis-Arthritis bei Ihrem Patienten bekannt?

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

<b>Datum:</b>	<b>Aktueller PASI:</b>
---------------	------------------------

## 4. Welche Therapie wird aktuell durchgeführt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lichttherapie                                       | <input type="checkbox"/> <b>Systemische Therapie:</b> |
| <input type="checkbox"/> Topische Steroide / Vitamin D <sub>3</sub> -Analoga |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Lokalthherapie (z.B. Teer, Salicylsäure):  |   |
| <input type="checkbox"/>   |   |

**Seit:**

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

Ja     Nein     Weiß nicht    Falls Ja: (bitte in Tabelle ankreuzen)

Substanz	Zeitraum	Gründe des Therapieabbruchs
<input type="checkbox"/> Fumarsäure (Fumaderm)		<input type="checkbox"/> Unwirksamkeit <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> Kontraindikation
<input type="checkbox"/> Ciclosporin A		<input type="checkbox"/> Unwirksamkeit <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> Kontraindikation
<input type="checkbox"/> MTX		<input type="checkbox"/> Unwirksamkeit <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> Kontraindikation
<input type="checkbox"/> sonstige		<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<br>(M. Crohn, Colitis ulcerosa) |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie              | <input type="checkbox"/> Depression  |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> pAVK  |
| <input type="checkbox"/> Adipositas              | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden   |
| <input type="checkbox"/> Nikotinabusus           |  |
| <input type="checkbox"/> KHK                     |  |

**7. Dauermedikation**

**Sollten Voruntersuchungen vorliegen (Röntgen, Laborwerte (Blutbild, CRP, Leberwerte, Nierenwerte) etc.) bitten wir um Übermittlung der Befunde.**

**Bei einer systemischen Therapie besteht der Bedarf einer regelmäßigen Laborkontrolle. Ich wünsche folgendes Procedere:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin bereit, die erforderlichen Laboruntersuchungen (Therapiemonitoring) durchzuführen. | <input type="checkbox"/> Ich bin bereit die Rezeptierung der Systemtherapie vorzunehmen. |
|---|--|