

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am.		
Kassen.-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Dringlichkeit Termin Psoriasisprechstunde



ambulante/stationäre Vorstellung Fax. Nr. 0228 287 19480

1.) Grund der Vorstellung

- Überprüfung der Diagnose Zweitmeinung zur bestehenden Therapie
 V.a. Psoriasis Arthritis Schwere des Befundes
 Stationäre Aufnahme Tagesstationäre Aufnahme Aufnahmegrund: _____

2.)

Erstdiagnose Psoriasis _____ bzw. Psoriasis arthritis _____

Aktueller PASI: _____ Aktueller DLQI _____

3.)

letzte Vorstellung Dermatologie _____ bzw. Rheumatologie _____

4.) Welche Psoriasis-Therapie wird aktuell durchgeführt?

- Topische Therapie Lichttherapie Systemtherapie _____

5.) Vorherige Systemtherapien? Nein

Ja Welche: _____

Fachärztliche Einschätzung der Dringlichkeit weniger mittel hoch

- Tabletten/ Spritzen:** Fumarate (Fumaderm®, Skilarence®) Acitretin (Neotigason®, Acicutan®) MTX
 Ciclosporin Leflunomid (Arava®) Etanercept (z.B. Enbrel®, Erelzi® etc.) Ustekinumab (z.B. Stelara®)
 Infliximab (z.B. Remicade®, Remsima® etc.) Adalimumab (z.B. Humira®, Amgevita®, Hyrimoz®, Hulio®, Idacio® etc.) Secukinumab (Cosentyx®) Apremilast (Otezla®) Ixekizumab (Taltz®)
 Brodalumab (Kyntheum®) Risankizumab (Skyrizi®) Guselkumab (Tremfya®)
 Tildrakizumab (Ilumetri®) Bimekizumab (Bimzelx®) Deucravacitinib (Sotyktu®)

sonstige _____