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

UNIVERSITÄT BONN

ukb universitäts klinikumbonn

**Fax-Terminanfrage <u>Neurodermitissprechstunde</u>**

ZENTRUM FÜR HAUTERKRANKUNGEN

**ambulante/stationäre Vorstellung**
**Fax. Nr. 0228 287 19480 ; haut.allergo@ukbonn.de**

**<u>Bitte beachten Sie:</u>**

- Fax-Terminanfragen können nur von ärztlichen KollegInnen gestellt werden.
- Die Antwort erfolgt immer an die anfordernde Praxis, in der Regel innerhalb von 2 Werktagen.
- Die medizinischen Gründe für die Notwendigkeit einer hochschulmedizinischen bzw. stationären Versorgung von Psoriasispatienten sollten anhand des folgenden Fragebogens nachvollziehbar sein.

*Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen und Angaben in den Feldern ergänzen.*

**1.) Grund der Vorstellung**

☐ Überprüfung der Diagnose ☐ Zweitmeinung zur bestehenden Therapie
☐ Schwere des Befundes ☐ Frage nach Systemtherapie
☐ Stationäre Aufnahme ☐ Tagesstationäre Aufnahme
Aufnahmegrund: ☐ ambulante Therapieresistenz ☐ _____

**2.) Erstdiagnose Atopische Dermatitis (AD)** _____

**3.) letzte Vorstellung Dermatologe** _____

SCORAD oder EASI_____ DLQI_____

**4.) Welche Therapie der AD wird <u>aktuell</u> durchgeführt?**

☐ Topische Kortikosteroide ☐ Topische Calcineurininhibitoren ☐ Lichttherapie ☐ Systemtherapie

**5.) Vorherige Systemtherapien?** ☐ Nein ☐ Unbekannt

☐ Ja: ☐ orale Kortikosteroide: ☐ Dupilumab: ☐ Tralokinumab ☐ Lebrikizumab
☐ Baricitinib ☐ Upadacitinib ☐ Abrocitinib ☐ andere_____

---

**<u>Antwortschreiben:</u>**

Termin am: _____ um: _____
Neurodermitissprechstunde/Allgemeine Ambulanz der Dermatologie Gebäude 11 UKB

**Vorstellung nur mit aktuellem Überweisungsschein möglich!**
Sollten Voruntersuchungen vorliegen (Röntgen, Laborwerte, Dermatohistopathologische Begutachtung etc.), bitten wir um Übermittlung der Befunde.
<u>Bemerkung:</u>

Erledigt/gefaxt am: _____ durch: _____



Dokument-Nr.: [lk_vollstnr] Gültig seit: [lk_datfreigabe] Nächste Prüfung. [lk_datpruefung]
Dokumentenart: [lk_dokart] Ansprechpartner: [lk_pruefungdurch]
Freigabebereich: [lk_hgb]