

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



ukb universitäts
klinikumbonn

Fax-Terminanfrage Hidradenitis suppurativa (HS)



ambulante/stationäre Vorstellung Fax. Nr. 0228 287 19480

Bitte beachten Sie:

- Fax-Terminanfragen können nur von ärztlichen Kollegen 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.

Grund der Vorstellung

- Überprüfung der Diagnose Zweitmeinung zur bestehenden Therapie Schwere des Befundes
 Stationäre Aufnahme OP-Vorstellung

Erstdiagnose HS _____

Aktueller IHS4score: _____ Aktueller DLQI _____

letzte Vorstellung Dermatologie _____

Welche HS-Therapie wird aktuell durchgeführt?

- Topische Therapie Systemtherapie _____

In welchem Hurley Stadium befindet sich die Patientin, der Patient?

- Hurley I Hurley II Hurley III

Welche bisherigen Therapien wurden durchgeführt?

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| Leitlinienkonform Clindamycin und Rifampicin | Ja <input type="checkbox"/> , Dauer: _____ | Nein <input type="checkbox"/> |
| Leitlinienkonform Doxycyclin | Ja <input type="checkbox"/> , Dauer: _____ | Nein <input type="checkbox"/> |
| Systemtherapien mit Biologika | Ja <input type="checkbox"/> , Dauer: _____ | Nein <input type="checkbox"/> |
| Abzessspaltung,- inzision | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Exzision/Operation: | Ja <input type="checkbox"/> , wann: _____ | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Therapien: | Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____ | Nein <input type="checkbox"/> |

Fachärztliche Einschätzung der Dringlichkeit weniger mittel hoch

Fax Nummer Arzt: _____

Antwortschreiben:

Termin am: _____ um: _____

Vorstellung nur mit aktuellem Überweisungsschein möglich!

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

- HS-Sprechstunde/Allgemeine Ambulanz der Dermatologie Gebäude 11 UKB
 OP Sprechstunde

Dokument-Nr.: [lk_vollstnr]
 Dokumentenart: [lk_dokart]
 Freigabebereich: [lk_hgb]

Gültig seit: [lk_datfreigabe]
 Ansprechpartner: [lk_pruefungdurch]

Nächste Prüfung. [lk_datpruefung]

Bemerkung:

Erledigt/gefaxt am: _____ durch: _____