



Formular zur Faxanmeldung von Psoriasispatienten

Bitte faxen Sie das ausgefüllte Formular an die 0201 723 5405.

Datum: _____

Patientendaten

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Diagnose:

Psoriasis vulgaris

Psoriasis pustulosa

sonstige Psoriasis: _____

Psoriasis Arthritis: Ja Nein

Schwere der Psoriasis: PASI: >10 >20 >30

ED:

Fam. Anamnese: pos neg

Risikofaktoren: DM art. Hypertonie Dyslipo
 kardial Alkohol Rauchen

Vorerkrankungen: Tumoren Lebererkrankung Niereninsuffizienz
 Hepatitis Herzinsuffizienz, wenn ja NYHA Stadium _____
 HIV Sonstige: _____

Vortherapien: FSE CSA MTX RTN UV
 ETC ADA INF UST RISA
 GUSEL TILDRA SECU IXE BRODA

Praxisdaten

Praxisstempel