

**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: \_\_\_\_\_

Vorthérapien:     FSE     CSA     MTX     RTN     UV  
 ETC     ADA     INF     UST     GOL

**Praxisdaten**

*Praxisstempel*