



Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Patienten-Anmeldeformular Psoriasis Sprechstunde

Telefax: 0221-478 98334

Patientin/Patient	Telefonnummer Praxis und Stempel
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geb. Datum:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	

Erstdiagnose Psoriasis (Jahr): _____ PsA: ja ☐ nein ☐ fraglich ☐

Nebendiagnosen: _____

Dauermedikation: _____

Vorthérapien Psoriasis:

Systemisch: Ja ☐, welche: _____, nein ☐

Biologika: Ja ☐, welche: _____, nein ☐

Lichttherapien: Ja ☐, welche: _____, nein ☐

(Teil-)stationäre Aufnahme: ja ☐ nein ☐

Grund der Vorstellung/Bemerkung: (Exazerbation, Zweitmeinung, Einleitung Therapie etc.)

