



Patientendaten	Anmeldende Praxis
Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____	Name _____
Adresse _____	
Telefon _____	
Mail _____	Kontakt, ggf. Stempel _____

Aktuell rekrutierende Studien finden Sie online auf unserer Homepage www.hautklinik-tuebingen.de

Indikation

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acne vulgaris | <input type="checkbox"/> Atopische Dermatitis | <input type="checkbox"/> Bullöses Pemphigoid |
| <input type="checkbox"/> Chronisch diskoider LE | <input type="checkbox"/> Chron. induzierbare Urticaria | <input type="checkbox"/> Chron. spontane Urticaria |
| <input type="checkbox"/> Dermatomyositis | <input type="checkbox"/> Hereditäres Angioödem | <input type="checkbox"/> Hidradenitis suppurativa |
| <input type="checkbox"/> Lichen ruber mucosae | <input type="checkbox"/> Morphea | <input type="checkbox"/> Pemphigus vulgaris |
| <input type="checkbox"/> Prurigo nodularis | <input type="checkbox"/> Psoriasis vulgaris | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

Schweregrad, Score (z.B. PASI, EASI, CLASI, ABSIS, PDAI, BPDAI, Escudier)

Kurze Anamnese

Relevante Nebendiagnosen

Bisherige Therapien (bitte ausführliche Übersicht inkl. Dauer, Gründe für Therapieabbruch etc. mitgeben)

Rückmeldung: Bitte Termin direkt mit der Patientin / dem Patienten vereinbaren.

Termin am _____ um _____ Uhr

Studienzentrum Immundermatologie, Universitäts-Hautklinik, Ebene 1

Hinweise zur Vorstellung: Bitte Überweisungsschein, aktuellen Medikamentenplan sowie Information über Vorerkrankungen und Vortherapien mitbringen.

Die Patientin/der Patient ist mit der Übermittlung der Daten an das Universitätsklinikum Tübingen einverstanden.