



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](http://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.