

Anmeldeformular

Autoimmun - Autoinflammation - Psoriasis - INDIRA



Universitätsklinikum
Tübingen

Patientendaten	Praxis
Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____	
Adresse _____	Name _____
Telefon _____	Telefon _____
Mail _____	Mail _____

Diagnose(n) & kurze Anamnese (Dauer, Schweregradscore)

Bereits vorliegende Diagnostik (bitte Befunde beifügen)

- | | |
|---|---|
| ☐ Histologie | ☐ Labor (z.B. CRP, BSG, IGRA/Quantiferon, Hepatitis-Serologie) |
| ☐ Direkte/indirekte IF | ☐ Immunserologie/-blot (ANA, Dsg1/3, BP180/230 etc.) |
| ☐ HLA-Diagnostik | ☐ Genetische Diagnostik |
| ☐ Bildgebung | ☐ sonstiges: _____ |

Aktuelle Therapie und Verlauf (bitte Übersicht inkl. Dauer, Gründe für Therapieabbruch etc. mitgeben!)

Fragestellung und Grund für die Vorstellung (zwingend erforderlich!):

☐ elektiv ☐ dringlich, Begründung: _____

Bei Psoriasis - heimatnahe Therapiefortführung? ☐ ja, Folgetermin in der Praxis am _____

☐ nein, Begründung: _____

Bitte beachten Sie, dass es sich um eine Terminsprechstunde handelt und mit Wartezeit zu rechnen ist. Sollte es sich um einen Notfall handeln, ist eine Vorstellung über die allgemeine Ambulanz erforderlich.

Bitte Überweisungsschein, aktueller Medikamentenplan, relevante Informationen zur aktuellen Erkrankung und Vorerkrankungen sowie zu Vortherapien mitgeben.

Die zuweisende Praxis bestätigt, dass die Patientin / der Patient gemäß DSGVO über die Weitergabe ihrer/seiner personenbezogenen Daten (inkl. Diagnosen, Befunde, Medikation) an das UKT informiert wurde und in die Übermittlung zum Zweck der medizinischen Mitbehandlung eingewilligt hat. Die Einwilligungsdokumentation verbleibt in der zuweisenden Praxis.

Rückmeldung:

Termin am _____ um _____ Uhr

Autoimmun-/Psoriasis-/INDIRA-Sprechstunde, Hautklinik, Ebene 1

Bitte möglichst digital ausfüllen und per KIM an hautklinik.autoimmunsprechstunde@ukt.kim.telematik senden.