

Anmeldeformular

Autoimmun - Psoriasis - INDIRA



Universitätsklinikum
Tübingen

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

Diagnose & kurze Anamnese

Diagnostik (bitte ggf. ausführliche Befunde beifügen)

Histologie: _____

Antinukleäre Antikörper: negativ positiv ENA: _____

Bullöse Dermatosen: DIF, IIF: _____

Autoantikörper (BP180/230, Dsg1/3, etc.): _____

Weitere Diagnostik (z.B. CRP, BSG, RF, CCP, HLA-B27, ANCA, Echokardiographie, Lungenfunktion, Bildgebung):

Bildgebung → bitte schriftlichen Befund beifügen und CD der Bilder zur Vorstellung mitbringen

Nebendiagnosen

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

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

Termin am _____ um _____ Uhr

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

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

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