

Anmeldeformular

Universitäts-Hautklinik



Universitätsklinikum
Tübingen

Sprechstunde: Autoimmunsprechstunde
 INDIRA Sprechstunde

Psoriasisprechstunde
 Studienzentrum

Patientendaten:	Stempel Praxis
Name, Vorname _____	
Geburtsdatum _____	
Adresse _____	
Telefon _____	

Überweisungsgrund, Diagnose, kurze Anamnese:

Diagnostik (bitte ggf. ausführliche Befunde beifügen):

Histologie: _____

Antinukleäre Antikörper: negativ positiv, Titer: _____

ENA: _____

Bullöse Dermatosen: DIF, IIF: _____

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

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

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

Planung über anfordernde Praxis

Termin am _____ um _____ Uhr (Hautklinik, Ebene 1)

Hinweise zur Vorstellung: Bitte Überweisungsschein sowie aktuellen Medikamentenplan mitgeben.

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

Bitte vollständig ausfüllen und an Fax 07071 29-4691 senden