

Fax an: 0234 / 509-3402

Datum: _____

1) Angaben zum Patienten

Name, Vorname:	
Geb.-Datum:	
Telefon-Nr.:	
Email:	
Relevante Nebenerkrankungen (z.B. chronisch-entzündliche Darmerkrankungen):	

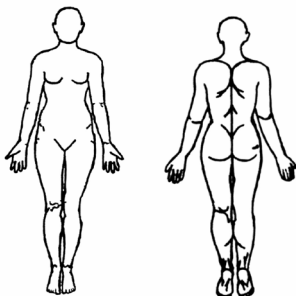
2) In welchem Hurley Stadium befindet sich der Patient?

<input type="checkbox"/> Hurley I	<input type="checkbox"/> Hurley II	<input type="checkbox"/> Hurley III
		

3) Welche bisherigen Therapien wurden durchgeführt?

Antibiotikatherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leitlinienkonforme Doppelantibiose mit Clindamycin und Rifampicin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Retinoide (Isotretinoin, Acitretin)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Abszessspaltung, -inzision	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Exzision	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

4) Welche Lokalisationen sind betroffen?



Fax von:

Stempel Überweiser bitte mit FAX und TEL