

Name, Vorname des Patienten	geb. am	<h2 style="margin: 0;">Zuweiserbericht Zur Terminvereinbarung</h2> <p style="margin: 10px 0;">Zuweiser Tel. erreichbar unter _____</p> <p style="margin: 10px 0;">Patient Tel. erreichbar unter _____</p>	
Kasse-Nr.	Versicherten-Nr.		Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		

**FAX: 02626-921451**

**Dr. med. Ralph von Kiedrowski**

FA für Dermatologie und Venerologie

**Dermatologische Spezialspraxis für**

Chron. entzündliche Dermatosen, Dermato-Onkologie/ Amb. Operationen, Lasermedizin und Allergologie/ Berufsdermatologie (ABD) Schwerpunktpraxis Psoriasis im Psoriasis-Praxisnetz Süd-West e.V

Kirchweg 1  
56242 Selters/Ww.

Tel. +49 2626- 921 450

<b>Dauer Urtikaria</b>	<input type="checkbox"/> > 6 Wochen      Seit wann (Monat/Jahr)? _____
<b>Spontan (nicht auslösbar)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Induzierbar (auslösbar) Druck, Kälte, Wärme, etc.</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Auslöser? _____
<b>Angioödem (Quaddeln länger 72 h)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Lokalisation, Häufigkeit? <input type="checkbox"/> Zunge <input type="checkbox"/> Füße <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> andere _____

**Wichtig: Bitte Untersuchungslagen und Medikamentenplan mitgeben!  
Dokumentation der Krankheitsaktivität?**

Vorbefunde

Urtikaria Kontrolltest (UCT)

Bitte anhängen!

	Medikament	Dosierung	Zeitraum	Ergebnis
<b>Urtikariatherapie</b> (genauer Verlauf, ggf. Wechsel, Aufdosierung) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antihistaminika</li> <li>• Corticoide</li> <li>• Sonstige</li> </ul>				
Vor-/Begleiterkrankungen, derzeitige Begleitmedikation				
<b>Grund der Vorstellung</b>	<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Initialisierung der Therapie <input type="checkbox"/> Zweitmeinung <input type="checkbox"/>			

Stempel/ Unterschrift zuweisender Arzt	
Faxnummer des zuweisenden Arztes	