



DDA-Zertifikat Psoriasis

Nachweis durchgeführter Systemtherapien

(Anlage 3)

(entfällt bei Vorliegen einer Bescheinigung des Deutschen Psoriasis-Registers PsoBest)

Name der/des Antragstellerin/-ers: _____

Zeitraum der Dokumentation: von _____ bis _____

Patient	Alter	m/w	PASI	DLQI	Vortherapien	eingeleitete Systemtherapie
Bsp.	45	M	12.5	14	FSE, MTX, Bade-PUVA	Biologikum X
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Bitte dokumentieren Sie 20 von Ihnen durchgeführte Systemtherapien, davon mindestens eine mit einem Biologikum.

Datum: _____

Unterschrift: _____