

**Für Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psororiasis, nicht für alle anderen Indikationen**

**Limitatio (Auszug):** Schwere Plaque-Psororiasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen. ([Link SL](#)).

**Personalien Patient/in:**

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	Adresszusatz:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>		

**Krankenversicherer:**

Krankenversicherer:	<input type="text"/>	Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):	<input type="text"/>	Adresszusatz:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>

**Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt). Bisherige Therapien:**

Bisherige Therapie(n) (Zutreffendes bitte ankreuzen):  UVB/PUVA  Ciclosporin  Methotrexat  Acitretin

Anti-TNFa, welche:

Geplanter Beginn der Therapie mit Imraldi® (MM/JJJJ):

Bisheriger Verlauf inkl. Beschreibung allfälliger Unverträglichkeiten:

**Anfragender Arzt/Ärztin:**

Facharzttitel FMH:	<input type="text"/>				
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>		
Strasse:	<input type="text"/>	PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Tel.:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
bei Spital zusätzlich Name des Spitals:	<input type="text"/>	Abteilung:	<input type="text"/>		
Datum:	<input type="text"/>				