

Limitatio: Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 16-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Siehe auch ([Spezialitätenliste](#))

Personalien Patient/in:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Patientin/Patient ist an einer schweren Plaque-Psoriasis erkrankt. Erste Symptome seit: (MM/JJJJ):

aktueller BSA (%): aktueller PASI: aktueller DLQI:

Bisherige Therapien:	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung inkl. Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Andere, nämlich:

Betroffene Körperbereiche:

Gesicht Beine Kopfhaut Füße Rumpf Arme Juckreiz

Hände Genitalien Nägel Geplanter Beginn der Therapie mit Skyrizi™ (MM/JJJJ):

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragende/r und verschreibende/r Ärztin/Arzt

Facharzt/Dermatologie Dermatologische Universitätsklinik/Poliklinik

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: