



Pädiatrische Dermatologie

## Anmeldung für die Kinderdermatologie per Fax an 0511 - 8115 - 99 2520 oder per Post

**Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,**

im Rahmen unserer kinderdermatologischen Ermächtigung durch die KV Niedersachsen können Termine für Neu-Patientinnen und -Patienten aus personellen Gründen und aufgrund einer stetig steigenden Nachfrage nur noch in dringenden Fällen vergeben werden. Hierfür bitten wir um Verständnis.

In der Ermächtigungsambulanz mit kinderdermatologischem Schwerpunkt ist daher in der Regel nur die **Betreuung schwerer Hauterkrankungen im Kindesalter** möglich. Hierzu zählen erfahrungsgemäß (Auswahl):

- Schweres, therapierefraktäres Atopisches Ekzem
- Schwere Psoriasis
- Komplizierte infantile Hämangiome
- Chronische (> 6 Wochen) und therapierefraktäre Urtikaria
- Kutane Mastozytose
- Genodermatosen (genetisch bedingte Hauterkrankungen wie z. B. Epidermolysis bullosa)
- Kongenitale melanozytäre Naevi („angeborene Pigmentmale“)
- Potenziell schwere Autoimmunerkrankungen der Haut (z. B. Lichen sclerosus, zirkumskripte Sklerodermie)
- Unklare Hauterkrankungen von Neugeborenen

Bitte berücksichtigen Sie dieses Indikationsspektrum bei der Anmeldung Ihrer Patientinnen und Patienten.

**Herzlichen Dank!**

### Patienten-Kontaktdaten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Diagnose/n

---

---

---

### Epikrise (Krankheitsverlauf, Vorbehandlungen etc.)

---

---

---

---

---

**Liegen Vorbefunde vor?** Ja  Nein

Wenn ja, senden Sie uns diese bitte unbedingt gemeinsam mit diesem Anmeldebogen zu.

### Ärztliche Fragestellung

Bitte möglichst präzise, ggf. inkl. Schweregrad-Score (v. a. SCORAD, PASI, CDLQI) und bei infantilen Hämangiomen inkl. Lokalisation und Durchmesser. **Vielen Dank!**

---

---

---

---

Wir bitten Sie, den **ärztlich** ausgefüllten Anmeldebogen per Post oder an folgende Fax-Nummer zurückzusenden: **0511/8115 99 2520**.

Nach Erhalt und Besprechung der von Ihnen eingereichten Unterlagen setzen wir uns mit der Familie in Verbindung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel \*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* Bitte beachten Sie: Ohne Praxisstempel / lesbare Kontaktdaten/ telefonische Durchwahl kann die Terminvergabe verzögert oder unmöglich werden!