

Dermatologen-Verzeichnis des Deutschen Psoriasis Bundes e.V. (DPB)

Name und Anschrift der Praxis

_____ **Telefon** _____

_____ **E-Mail** _____

_____ **Homepage** _____

Praxisart Gemeinschaftspraxis Einzelpraxis

Praxisgemeinschaft MVZ

Klinikambulanz Schwerpunktpraxis Psoriasis

Barrierefrei Ja Nein

Behandlung von gesetzlich Versicherten privat Versicherten

Angebotene Psoriasis-Therapien

Systemische Therapien **Licht-Therapien**

auch Biologika/Biosimilars UV-B-Therapie

Topische Therapien PUVA-Therapie

Bade-PUVA-Therapie

Balneo-Photo-Sole-Therapie

Zertifikat „Psoriasis“ (DDA)

Qualifikation zur Verordnung von Psychotherapie

Patienten mit Psoriasis pro Quartal

weniger als 20 bis zu 100 bis zu 200 bis zu 400 mehr als 400

Ich bin einem regionalen Psoriasis-Netz (PsoNet e.V.) angeschlossen

Ja , und zwar _____ Nein

Aufnahme in den E-Mail-Verteiler des kostenlosen DPB-Newsletters

Ja Nein Den Newsletter erhalte ich bereits

Bitte senden Sie mir das PSO Magazin regelmäßig (erscheint alle zwei Monate) als PDF-Version zu

Ja Nein

E-Mail-Adresse für den Empfang des Newsletters und/oder das PSO Magazin: _____
(falls abweichend von oben genannter E-Mail-Adresse)

Datum, Unterschrift