

Erkrankung _____ , geb.

Sehr geehrte _____ , *drop-down: ~ Sehr geehrte Frau / ~ Sehr geehrter Herr*

bitte führen Sie bis zum _____ *Datum, ggf. Zeitraum (Regelfall sechs Monate)* angeben eine hautfachärztliche Therapie durch. Ziel ist es, dass die Hauterscheinungen schnell abheilen und die bisher ausgeübte Arbeitstätigkeit rezidivfrei fortgesetzt werden kann.

Veranlassen Sie bitte alle hierzu geeigneten Maßnahmen, z. B. lokale PUVA-Therapie, Leitungswasserlontophorese, UV- Phototherapie oder andere wirksame, wissenschaftlich begründete Behandlungsverfahren*.

Auf Ihrem Rezept geben Sie bitte uns als Kostenträger an. In Zusammenhang mit dieser Behandlung ist keine Praxisgebühr zu entrichten.

Bitte erstatten Sie uns alle vier Wochen *Ggf. Zeitraum abändern* einen Bericht F 6052 (Verlaufsbericht Hautarzt) über den Hautbefund und Ihre Behandlungsmaßnahmen.

Der Versicherte sollte sich in Abständen von zwei Wochen *Ggf. Zeitraum abändern* bei Ihnen vorstellen.

Wir informieren den Versicherten und bitten ihn, mit Ihnen umgehend die Behandlungstermine zu vereinbaren.

Die Kosten übernehmen wir nach den Sätzen einer besonderen Heilbehandlung. Gebühren und Auslagen erhalten Sie nach der UV-GOÄ.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

* Unser Behandlungsauftrag erstreckt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht auf eine Behandlung mit systemischen Therapien (z. B. Alitretinoin, Ciclosporin, Glukokortikosteroid). Bitte sprechen Sie uns vor Einleitung der Therapie an, wenn Sie diese im Ausnahmefall für indiziert betrachten. Sie geben uns damit auch die Möglichkeit, zusätzliche flankierende Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention zu ergreifen.