

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 nach den Sätzen einer **besonderen Heilbehandlung** durch. Der Heilbehandlungsauftrag erlischt bei Abheilung der Hauterscheinungen ggf. früher.

Ziel der Behandlung ist es, dass die Hauterscheinungen abheilen bzw. sich soweit verbessern, dass die bisher ausgeübte Arbeitstätigkeit fortgesetzt werden kann.

Veranlassen Sie bitte alle hierzu geeigneten und leitliniengerechten therapeutischen Maßnahmen im Rahmen des § 3 Abs. 1 BKV; z. B. lokale PUVA-Therapie, UV-Phototherapie, Leitungswasser-Iontophorese oder andere wirksame, wissenschaftlich begründete Behandlungsverfahren. Auf Ihren Verordnungen geben Sie bitte uns als Kostenträger an.

- Sofern eine **Versorgung mit Basistherapeutika** erfolgen soll (s. a. DGUV Verfahrensbeschreibung „Hautarztverfahren“ auf www.dguv.de – Suchbegriff: Verfahrensbeschreibung Hautarztverfahren), bitten wir diese nicht auf einem Rezept zu verordnen, sondern unter Punkt „Empfehlungen“ des Hautarztberichtes entsprechende Hinweise aufzunehmen. **Die Versorgung erfolgt durch den UV-Träger selbst.**
- Dies gilt auch für die **Verordnung von Basistherapeutika** (s. a. DGUV Verfahrensbeschreibung „Hautarztverfahren“ auf www.dguv.de – Suchbegriff: Verfahrensbeschreibung Hautarztverfahren).

Wir haben Frau _____ *drop-down: ~ Frau/~ Herrn* mitgeteilt, dass sie *drop-down: ~ sie/~ er* sich bei Ihnen wegen der Hauterkrankung **in Abständen von** zwei Wochen *drop-down: ~ zwei Wochen/ ~ vier Wochen vorstellen* soll, sofern Sie aus medizinischen Gründen keine anderen Vorstellungsintervalle vereinbaren.

Bitte erstatten Sie uns alle zwei Wochen *drop-down: ~ zwei Wochen/~ vier Wochen/~ sechs Wochen* einen **Bericht F 6052 (Verlaufsbericht Hautarzt)** über den Hautbefund, Ihre Behandlungsmaßnahmen und die aus Ihrer Sicht erforderlichen weiteren Maßnahmen, z. B. stationäres Heilverfahren, besondere Maßnahmen am Arbeitsplatz.

...

Az.: , Name:

Bitte informieren Sie uns bei einer wesentlichen Befundänderung umgehend mit einem Verlaufsbericht. Bei Tätigkeitsaufgabe und/oder Arbeitgeberwechsel teilen Sie uns dies bitte ebenfalls umgehend - gerne auch telefonisch - mit.

Unser Behandlungsauftrag erstreckt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht auf eine Behandlung mit systemischen Therapien (z. B. Alitretinoin, Ciclosporin, Glukokortikosteroid, Dupilumab). 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.

Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus den §§ 201 bis 203 SGB VII. Sie benötigen zur Datenübermittlung keine Einwilligung der Versicherten.

Gebühren und Auslagen erhalten Sie nach der UV-GOÄ.

Wir haben die Krankenkasse der versicherten Person über diesen Behandlungsauftrag informiert.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen