



## Anlage 3: Nachweise durchgeführter Systemtherapien

### DDA-Zertifikat „Atopische Dermatitis“

Nachweis durchgeführter Systemtherapien

(entfällt beim Vorliegen einer Bescheinigung des TREAT oder eines anderen AD-Registers)

Name der/des Antragstellerin/-ers: \_\_\_\_\_

Patient	Alter	m/ w	SCORAD/ EASI	DLQI	Vortherapien	eingeleitete Systemtherapie
Bsp.	45	M	12.5	14	Topika, Bade-PUVA	Biologikum X
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Bitte dokumentieren Sie 20 von Ihnen durchgeführte Systemtherapien, davon mindestens eine mit einem Biologikum.