

---

### Checkliste zur Versorgung mit UV-Teilkörperbestrahlungsgeräten

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

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

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Erstkontakt über: \_\_\_\_\_

ggf. Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Diagnose (Hautkrankheit):  
O: Psoriasis  
O: Neurodermitis  
O: Vitiligo  
O: Sonstiges \_\_\_\_\_

Therapiespektrum:  
O: UV-A oder  
O: UV-B/311nm

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten/Betreuers: \_\_\_\_\_