

Name der Arztpraxis/Spital.....

Name Arzt/Ärztin

Strasse

Ort

Telefon:

Email:.....

Website:.....

Foto (falls gewünscht per Email info@spvg.ch senden)

Praxisart: Gemeinschaftspraxis

Einzelpraxis

Fähigkeitsausweise oder zusätzliche FMH Titel

.....

Angebotene Psoriasis-Therapien

Lokaltherapien

Lichttherapie

UV-B Therapie

PUVA- Therapie

Bade-PUVA-Therapie

Balneo-Photo-Sole-Therapie

Excimerlaser

konventionelle Systemtherapien

gezielte Systemtherapien

Biologika-Therapien

Andere Angebote zur Behandlung.....

.....

Patienten mit Psoriasis pro Quartal: Weniger als 20

bis zu 100

- bis zu 200
- bis zu 300 und mehr

Angebotene Vitiligotherapien

- Lokaltherapien
- Lichttherapie
 - UV-B Therapie
 - PUVA- Therapie
 - Bade-PUVA-Therapie
 - Excimerlaser

Andere Angebote zur Behandlung.....
.....

Patienten mit Vitiligo pro Quartal:

- Weniger als 20
- bis zu 100
- bis zu 200
- bis zu 300 und mehr

Erweiterte Angaben zu Spezialisierungen in der Praxis

Schwerpunkte in der Praxis

.....
.....

Angebote und Dienste

.....
.....

In der Praxis gesprochene Sprachen

.....
.....

Ich/wir sind damit einverstanden, dass die obengenannten Daten identisch im Dermfinder der SPVG eingetragen werden und im Internet veröffentlicht werden.

Datum

Unterschrift

Mit bestem Dank für Ihr Mitwirken.

Bitte senden an: Schweizerische Psoriasis und Vitiligo Gesellschaft, Scheibenstrasse 20, 2014 Bern
Fax +41 (31) 359 90 98