

Namn:**Datum:****Personnummer:****Medgivande:** ☐**Sjukdomsdebut** _____ **(ålder):**

Efter:

Halsinfektion	☐
Livskris/större stress	☐
Läkemedel	☐
Okänt	☐

Psoriasis i familjen?

Mor	☐
Far	☐
Syskon	☐
Barn	☐
Annan släkting	☐
Ingen	☐
Okänt	☐

Behandlingshistorik:

Avslutade systembehandlingar och UVB vid **första** registrering i PsoReg?
(fylls i tillsammans med läkaren)

Systembehandling
