

Stempel des Zentrums

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

S H - H L 8 8 0

Geburtsdatum:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Geschlecht:

männlich weiblich

Liegt die Patienteneinwilligung unterschieden vor?

ja nein

Probenentnahmedatum:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

- Serum* (1 Röhrchen, 9mL; -20°C)
 EDTA* (1 Röhrchen, 9mL; -20°C)

*Für den Versand der Proben bitte die entsprechende SOP beachten

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bullöses Pemphigoid | <input type="checkbox"/> Pemphigus Vulgaris | <input type="checkbox"/> Pemphigus foliaceus |
| <input type="checkbox"/> Schleimhautpemphigoid | <input type="checkbox"/> Epidermolysis bullosa acquisita | <input type="checkbox"/> M. Duhring |
| <input type="checkbox"/> Lineare IgA Dermatose | <input type="checkbox"/> Pemphigoid gestationis | <input type="checkbox"/> Andere _____ |

Erstdiagnose

M	M	J	J	J	J
M	M	J	J	J	J

**Auftreten erster
Hautveränderungen:**

Geburtsland:

	Deutschland	Anderes Land		Unbekannt
Patient/in	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>
Mutter der Mutter	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>
Vater der Mutter	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>
Mutter des Vaters	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>
Vater des Vaters	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>

Gibt es in der Familie des Patienten Blutsverwandte, die auch an einer bullösen Autoimmundermatose leiden bzw. gelitten haben?

ja nein unbekannt

Bitte angeben wer betroffen ist:

z.B. Tante mütterlicherseits :

Aktuelle Klinik und Diagnostik

Anzahl der Läsionen 1 2-5 >5

ELISA

BP180NC16A	positiv <input type="checkbox"/>	Wert (U/ml) _____	negativ <input type="checkbox"/>	Ø erfolgt <input type="checkbox"/>
Desmoglein 1	positiv <input type="checkbox"/>	Wert (U/ml) _____	negativ <input type="checkbox"/>	Ø erfolgt <input type="checkbox"/>
Desmoglein 3	positiv <input type="checkbox"/>	Wert (U/ml) _____	negativ <input type="checkbox"/>	Ø erfolgt <input type="checkbox"/>
Gewebsstransglutaminase	IgG <input type="checkbox"/>	Wert (U/ml) _____	negativ <input type="checkbox"/>	Ø erfolgt <input type="checkbox"/>
	IgA <input type="checkbox"/>	Wert (U/ml) _____	negativ <input type="checkbox"/>	Ø erfolgt <input type="checkbox"/>
Gliadin-GAF	IgG <input type="checkbox"/>	Wert (U/ml) _____	negativ <input type="checkbox"/>	Ø erfolgt <input type="checkbox"/>
	IgA <input type="checkbox"/>	Wert (U/ml) _____	negativ <input type="checkbox"/>	Ø erfolgt <input type="checkbox"/>

DIF* (direkte Immunfluoreszenz) C3 IgG IgA negativ Ø erfolgt

linear interzellulär Papillenspitze

IIF* (indirekte Immunfluoreszenz)

Spalthaut

Blasenboden / Blasendach IgG IgA negativ Ø erfolgt

Affenösophagus

linear interzellulär Endomysium IgG IgA negativ Ø erfolgt

* Bei Diagnosestellung

Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Und wie lange?

Demenz	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
M. Parkinson	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
Z.n. Apoplex	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
Psychose	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ II	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
Arterielle Hypertone	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
Psoriasis	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
Bettlägerigkeit	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
Atopisches Ekzem	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
Rhinoconjunctivitis allergica	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>

Welche weiteren Begleiterkrankungen sind bekannt? Und wie lange?

_____	nein <input type="checkbox"/>	< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-6 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____		< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____		< 1 Jahr <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>

Liegen Malignome vor? Seit wann?

_____	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	J	J	J	J
J	J	J	J				
_____	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	J	J	J	J
J	J	J	J				

Welche Medikamente werden zurzeit eingenommen? Und wie lange?

_____	< 6 Monate <input type="checkbox"/>	6-12 Monate <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____	< 6 Monate <input type="checkbox"/>	6-12 Monate <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____	< 6 Monate <input type="checkbox"/>	6-12 Monate <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____	< 6 Monate <input type="checkbox"/>	6-12 Monate <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____	< 6 Monate <input type="checkbox"/>	6-12 Monate <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____	< 6 Monate <input type="checkbox"/>	6-12 Monate <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____	< 6 Monate <input type="checkbox"/>	6-12 Monate <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____	< 6 Monate <input type="checkbox"/>	6-12 Monate <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____	< 6 Monate <input type="checkbox"/>	6-12 Monate <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>
_____	< 6 Monate <input type="checkbox"/>	6-12 Monate <input type="checkbox"/>	1-5 Jahre <input type="checkbox"/>	>5 Jahre <input type="checkbox"/>