

Fortsetzungsbogen

(für jede/n Betroffene/n einen Bogen)

Bitte versenden an:

NIRK Zentrale

z.Hd. Brigitte Willis (Kordinatorin)
Universitäts-Hautklinik Münster
Von-Esmarch-Straße 58
48149 Münster



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

D.0 Untersuchungsdaten:

0.1 Name des Arztes: _____
0.2 Untersuchungsdatum: _____
Einwilligungserklärung
unterschrieben: ja nein¹

Patientenidentifikation / Patientenaufkleber

Daten werden pseudonymisiert.

0.3 Klinik:

1	Charité Berlin	<input type="checkbox"/>	7	Universitätsklinik Hamburg	<input type="checkbox"/>
2	Kath. Kinderkrankenhaus, Wilhelmsstift Hamburg	<input type="checkbox"/>	8	Universitätsklinik Kiel	<input type="checkbox"/>
3	Tomesa-Fachklinik Bad Salzschlif	<input type="checkbox"/>	9	Universitätsklinik Mannheim	<input type="checkbox"/>
4	Universitäts-Hautklinik Münster	<input type="checkbox"/>	10	Universitätsklinik Marburg	<input type="checkbox"/>
5	Universitätsklinik Essen	<input type="checkbox"/>	11	Universitätsklinik Würzburg	<input type="checkbox"/>
6	Universitätsklinik Göttingen	<input type="checkbox"/>	12	Universitätsklinik Heidelberg	<input type="checkbox"/>

Falls Ihre Klinik hier nicht gelistet ist, geben Sie bitte folgenden Daten hier ein.

Name der Klinik: _____
Straße: _____
PLZ: _____
Ort: _____
Telefon: _____
Fax: _____

D.1 Allgemeine Daten:

1.1	Weiblich: <input type="checkbox"/> Männlich: <input type="checkbox"/> Geburtsdatum: _____
1.5	Bitte Familienstammbaum auf Seite 11 ergänzen!

¹ Einwilligungserklärung erforderlich. Falls keine Erklärung vorliegt, dürfen die Daten nicht an die NIRK-Zentrale weitergeleitet und dort verarbeitet werden.

D.2

Diagnose: (Bei Fragen zu den Diagnosen können Sie sich gern an die NIRK-Zentrale wenden. E-Mail: nirk@imfl.de)

Nicht-Syndromale Ichthyosen	
Häufige Ichthyosen	
1	IV - Ichthyosis vulgaris <input type="checkbox"/>
2	RXLI - X-chromosomal rezessive Ichthyose <input type="checkbox"/>
Autosomal rez. Cong. Ichthyose	
3	CIE - Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie <input type="checkbox"/>
4	HI - Harlekin Ichthyose <input type="checkbox"/>
5	LI - Lamelläre Ichthyose <input type="checkbox"/>
Varianten:	
6	BSI - Badeanzug Ichthyose <input type="checkbox"/>
7	SICI - Self-improving congenital ichthyosis <input type="checkbox"/>
8	SHCB - Selbstheilendes Kolloidum Baby <input type="checkbox"/>
Keratinopathische Ichthyosen	
9	AREI - Autosomal-rezessive epidermolytische Ichthyose <input type="checkbox"/>
10	CRIE - Kongenitale retikuläre ichthyosiforme Erythrodermie <input type="checkbox"/>
11	EI - Epidermolytische Ichthyose <input type="checkbox"/>
12	SEI - Superfizielle epidermolytische Ichthyose <input type="checkbox"/>
Varianten:	
13	AEI - Annuläre epidermolytische Ichthyose <input type="checkbox"/>
14	ICM - Ichthyosis Curth-Macklin <input type="checkbox"/>
Sonstige Nicht-syndromale Ichthyosen	
15	EKV - Erythrokeratoderma variabilis <input type="checkbox"/>
16	KLICK ⁵ <input type="checkbox"/>
17	LK - Loricrin Keratodermie <input type="checkbox"/>
18	PSD - Peeling-skin-Erkrankung <input type="checkbox"/>

epidermale Naevi	
20	CHILD - CHILD Syndrom <input type="checkbox"/>
21	ILVEN - ILVEN Nävus <input type="checkbox"/>

2.1	Sicher <input type="checkbox"/>	Verdacht <input type="checkbox"/>
	Nicht bestimmbar <input type="checkbox"/>	

Syndromale Ichthyosen	
22	ARC ¹ <input type="checkbox"/>
23	CDPX2 - Conradi-Hünermann-Happle-Syndrom <input type="checkbox"/>
24	CEDNIK ² <input type="checkbox"/>
25	GS2 - Gaucher Syndrom Typ 2 <input type="checkbox"/>
26	HMSN4 - Refsum-Syndrom <input type="checkbox"/>
27	IFAP - Ichthyosis follicularis-Atrichia-Photophobia-Syndrom <input type="checkbox"/>
28	IHS - Ichthyosis-Hypotrichosis-Syndrom <input type="checkbox"/>
29	IHSC ³ <input type="checkbox"/>
33	IPS - Ichthyosis prematurity Syndrom <input type="checkbox"/>
34	KID - Keratitis Ichthyosis Deafness Syndrom <input type="checkbox"/>
35	MEDNIK ⁴ <input type="checkbox"/>
36	MSD - Multipler Sulfatasemangel <input type="checkbox"/>
37	NLS - "Neutral lipid storage disease" (mit Ichthyose) <input type="checkbox"/>
38	NTS - Netherton Syndrom <input type="checkbox"/>
39	SLS - Sjögren-Larsson-Syndrom <input type="checkbox"/>
40	TTD - Trichothiodystrophie <input type="checkbox"/>

Weitere Ichthyosis-verwandte Verhornungsstörungen	
41	Acrokeratoelastoidosis <input type="checkbox"/>
42	DAR - Morbus Darier <input type="checkbox"/>
43	ED - Ektodermale Dysplasie, unklassifiziert <input type="checkbox"/>
44	EPPK - Epidermolytische Palmoplantarkeratose <input type="checkbox"/>
45	HED - Hydrotische ektodermale Dysplasie <input type="checkbox"/>
46	HHD - Morbus Hailey-Hailey <input type="checkbox"/>
47	MDM - Mal de Meleda Palmoplantarkeratose <input type="checkbox"/>
48	PALS - Papillon-Lefèvre Syndrom <input type="checkbox"/>
49	PC1 ⁶ <input type="checkbox"/>
50	PC2 - Pachyonychia congenita Jackson Lawler <input type="checkbox"/>
51	PKK - Cole Syndrom <input type="checkbox"/>
52	PKK - Keratosis palmoplantaris areata et striata <input type="checkbox"/>
53	PKK - Keratosis palmoplantaris nummularis <input type="checkbox"/>
54	PKK - Keratosis palmoplantaris punctata <input type="checkbox"/>
55	VK - Vohwinkel Keratodermie <input type="checkbox"/>

2.2 Wenn unklar bzw. nicht bestimmbar, dann trotzdem bitte angeben, in welche Richtung der Befund geht:

1	Ichthyose vom Spättyp <input type="checkbox"/>
2	Kongenitale Ichthyose <input type="checkbox"/>
3	Syndromichthyose <input type="checkbox"/>

4	Palmoplantarkeratose <input type="checkbox"/>
5	epidermaler Naevus <input type="checkbox"/>

2.3 Zusätzliche Anmerkung: _____

¹ Arthrogryposis-renal Dysfunktion-Cholestase-Syndrom

² Zerebrale Dysgenese-Neuropathie-Ichthyosis-Keratoderma-palmo-plantaris-Syndrom

³ Ichthyosis-Hypotrichosis-sklerosierendes Cholangitis-Syndrom

⁴ Mentale Retardierung-Enteropathie-Deafness-Neuropathie-Ichthyosis-Keratoderma-Syndrom

⁵ Keratosis linearis-Ichthyosis congenita-Keratodermie

⁶ Pachyonychia congenita Jadassohn-Lewandowsky

D.3 **Zwischenanamnese:**

3.1 (stichwortartig):

D.4 **weitere Symptome:**

4.1	Ektropium:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>		
4.2	Seh- o. Augenstörungen:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>		
4.3	Eklabium:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>		
4.4	Ohrdeformation:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>		
4.5	Hörstörungen:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>		
4.6	Gelenkkontrakturen:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	<i>falls ja, wo:</i>	
	Sprunggelenke	<input type="checkbox"/>		Knie	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>
				Schulter	<input type="checkbox"/>	Füße	<input type="checkbox"/>
						Ellenbogen	<input type="checkbox"/>
						Hände	<input type="checkbox"/>
4.7	Skelettanomalien:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
4.8	Hypotrichose/Haaranomalien:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
						Haarschaftbrüche	<input type="checkbox"/>
						Tigerschwanzmuster in Polarisationsoptik	<input type="checkbox"/>
						Trichorrhaxis invaginata	<input type="checkbox"/>
						Trichorrhaxis nodosa	<input type="checkbox"/>
4.9	Mundschleimhautveränderungen:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>		
4.10	Nagelanomalien:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>		
4.11	Hautinfektionen:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>		
4.12	Blasenbildung:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>		
						Arme	<input type="checkbox"/>
						Füße	<input type="checkbox"/>
						Kopf	<input type="checkbox"/>
						Beine	<input type="checkbox"/>
						Hände	<input type="checkbox"/>
						Rumpf	<input type="checkbox"/>
4.13	Neurologische Störungen:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
4.14	Viszerale Anomalien:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
4.15	Weitere Symptome oder Erkrankungen:						

D.5 Weiterer klinischer Verlauf bis heute:

5.1	Status:	verbessert <input type="checkbox"/>	kompliziert <input type="checkbox"/>	verschlechtert <input type="checkbox"/>
5.2	Art:	wechselnd <input type="checkbox"/>	schubweise <input type="checkbox"/>	
5.3	Schwitzfähigkeit:	normal <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>	partiell <input type="checkbox"/>
	<i>falls partiell, wo:</i>			
		beharrter Kopf <input type="checkbox"/>	Arme <input type="checkbox"/>	Bauch <input type="checkbox"/>
		Nase <input type="checkbox"/>	Hals <input type="checkbox"/>	Beine <input type="checkbox"/>
		Oberlippe <input type="checkbox"/>	Rücken <input type="checkbox"/>	Füße <input type="checkbox"/>
5.4	Roter Kopf bei Anstrengung:		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
5.5	Hitzestau:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
	<i>mit Kollaps:</i>			
		nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
5.6	Verhornungsstörung besser im :	Winter <input type="checkbox"/>	Frühling u. Herbst <input type="checkbox"/>	kein Unterschied <input type="checkbox"/>
				Sommer <input type="checkbox"/>
5.7	Juckreiz:	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>
				immer <input type="checkbox"/>
5.8	Lichtempfindlichkeit:	Dunkler Hauttyp <input type="checkbox"/> <small>(Es kommt nie zu Sonnenbrand.)</small>	Heller Hauttyp <input type="checkbox"/> <small>(Haut wird kaum braun, es kommt häufig zu Sonnenbrand.)</small>	Heller Hauttyp mit erhöhter Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> <small>(Haut wird kaum braun, es kommt häufig zu Sonnenbrand.)</small>
		Heller Hauttyp <input type="checkbox"/> <small>(Haut wird braun, selten Sonnenbrand.)</small>	Heller Hauttyp mit stark erhöhter Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> <small>(Sonnenlicht wird nicht vertragen, Haut muss im Sommer stark geschützt werden, um Sonnenbrand zu vermeiden.)</small>	
5.9	Sonstiges:			

D.6 Bisherige Diagnostik (Datum, Klinik o. Institut, Kurzbefund):

6.1	Histologie lichtmikroskopisch:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>Falls ja, bitte weitere Details (Datum, Klinik, Institut, Kurzbefund).</i>
6.2	Histologie elektronenmikroskopisch:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
6.3	Haaranalyse mikroskopisch:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
6.4	Steroidsulfatase-Bestimmung im Serum:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
6.5	Transglutaminase 1-Bestimmung histochemisch:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
6.6	Molekulare Diagnostik:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
6.7	Sonstige Diagnostik:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
6.8	Fotodokumentation:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Details:				

D.7 Letzte Therapie:

			womit / wo	falls ja, Effekt + / 0 / -	Datum
7.1	Duschbäder:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
7.2	Wannenbäder:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Antiseptika <input type="checkbox"/> Salz <input type="checkbox"/> Backpulver <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/>		
7.3	Dampfbad:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
7.4	Mechanische Keratolyse:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Bimsstein <input type="checkbox"/> Chinalappen <input type="checkbox"/> Mikrofasertuch <input type="checkbox"/> Rubbellappen <input type="checkbox"/> Schleifmaschine <input type="checkbox"/>		
7.5	Wirkstofffreie Pfllegesalben:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Glycerin <input type="checkbox"/>		
7.6	Keratolytische Externa:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Harnstoff <input type="checkbox"/> Milchsäure <input type="checkbox"/> PEG/ Polyethylenglycol <input type="checkbox"/> Salizylsäure <input type="checkbox"/> Vitamin A-Säure <input type="checkbox"/> Tazaroten <input type="checkbox"/>		
7.7	Sonstige Externa:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
7.8	Kopftherapie:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
7.9	Systemische Therapie:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Antibiotika <input type="checkbox"/> Liarozol <input type="checkbox"/> Neotigason <input type="checkbox"/> Tigason <input type="checkbox"/> Isotretinoin <input type="checkbox"/>		
7.10	Stationäre Akutbehandlung:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
7.11	Stationäre Rehabilitation:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
7.12	Operationen:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
7.13	Sonstiges:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			

Bei neuer Befundung bitte ausfüllen.

B.0 Aktueller klinischer Befund:

0.1 Name des Arztes¹: _____

0.2 Untersuchungsdatum: _____

B.1 Personenbasisdaten:

1.1	Größe:		cm.	1.2.	Gewicht:		kg.
-----	--------	--	-----	------	----------	--	-----

B.2 Kopfhaut

2.1	Befund an der Kopfhaut:	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
2.2	Schuppung:	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
2.3	Schuppenfarbe:	weiß <input type="checkbox"/>		hellbraun <input type="checkbox"/>
		dunkelbraun <input type="checkbox"/>		schwarz <input type="checkbox"/>
2.4	Schuppenqualität:	schwer/Keratinplatten <input type="checkbox"/>		mittel/gesamte <input type="checkbox"/>
		leicht/nicht gesamt Kopfhaut <input type="checkbox"/>		Kopfhaut <input type="checkbox"/>
2.5	Erythem:	schwer, tiefrot <input type="checkbox"/>		mittel/rosa-rot <input type="checkbox"/>
		leicht /diskrete Rötung <input type="checkbox"/>		kein Erythem <input type="checkbox"/>
2.6	Folikulitiden:	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
2.7	Pyodermie:	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
2.8	Sonstiges:			

B.3 Gesicht

3.1	Befund im Gesicht:	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
3.2	Schuppung:	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
3.3	Schuppenfarbe:	weiß <input type="checkbox"/>		hellbraun <input type="checkbox"/>
		dunkelbraun <input type="checkbox"/>		schwarz <input type="checkbox"/>
3.4	Schuppenqualität:	plattenartig <input type="checkbox"/>		groblamellär <input type="checkbox"/>
		diskret, feinlamellär <input type="checkbox"/>		mittellamellär <input type="checkbox"/>
3.5	keratotische Lichenifikation:	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
3.6	Erythem:	schwer, tiefrot <input type="checkbox"/>		mittel/rosa-rot <input type="checkbox"/>
		leicht/diskrete Rötung <input type="checkbox"/>		kein Erythem <input type="checkbox"/>
3.7	Folikulitiden:	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
3.8	Pyodermie:	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
3.9	Sonstiges:			

¹ Falls Abweichend von Untersuchungsdaten auf der ersten Seite.

B.4 Brust und Bauch

4.1	Befund an Brust und Bauch:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
4.2	Schuppung:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
4.3	Schuppenfarbe:	weiß <input type="checkbox"/>	hellbraun <input type="checkbox"/>
		dunkelbraun <input type="checkbox"/>	schwarz <input type="checkbox"/>
4.4	Schuppenqualität:	plattenartig <input type="checkbox"/>	groblamellär <input type="checkbox"/>
		diskret, feinlamellär <input type="checkbox"/>	mittellamellär <input type="checkbox"/>
4.5	keratotische Lichenifikation:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
4.6	Erythem:	schwer, tiefrot <input type="checkbox"/>	mittel/rosa-rot <input type="checkbox"/>
		leicht/diskrete Rötung <input type="checkbox"/>	kein Erythem <input type="checkbox"/>
4.7	Folikulitiden:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
4.8	Pyodermie:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
4.9	Sonstiges:		

B.5 Rücken und Gesäß

5.1	Befund an Rücken und Gesäß:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
5.2	Schuppung:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
5.3	Schuppenfarbe:	weiß <input type="checkbox"/>	hellbraun <input type="checkbox"/>
		dunkelbraun <input type="checkbox"/>	schwarz <input type="checkbox"/>
5.4	Schuppenqualität:	plattenartig <input type="checkbox"/>	groblamellär <input type="checkbox"/>
		diskret, feinlamellär <input type="checkbox"/>	mittellamellär <input type="checkbox"/>
5.5	keratotische Lichenifikation:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
5.6	Erythem:	schwer, tiefrot <input type="checkbox"/>	mittel /rosa-rot <input type="checkbox"/>
		leicht / diskrete Rötung <input type="checkbox"/>	kein Erythem <input type="checkbox"/>
5.7	Folikulitiden:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
5.8	Pyodermie:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
5.9	Sonstiges:		

B.6 Arme

6.1	Befund an den Armen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.2	Schuppung:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.3	Ellenbeugen betroffen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.4	Schuppenfarbe:	weiß <input type="checkbox"/>	hellbraun <input type="checkbox"/>
		dunkelbraun <input type="checkbox"/>	schwarz <input type="checkbox"/>
6.5	Schuppenqualität:	plattenartig <input type="checkbox"/>	groblamellär <input type="checkbox"/>
		diskret, feinlamellär <input type="checkbox"/>	mittellamellär <input type="checkbox"/>
6.6	keratotische Lichenifikation:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.7	Erythem:	schwer, tiefrot <input type="checkbox"/>	mittel/rosa-rot <input type="checkbox"/>
		leicht/diskrete Rötung <input type="checkbox"/>	kein Erythem <input type="checkbox"/>
6.8	Folikulitiden:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.9	Pyodermie:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6.10	Sonstiges:		

B.7 Beine

7.1	Befund an den Beinen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
7.2	Kniekehlen betroffen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
7.3	Schuppung:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
7.4	Schuppenfarbe:	weiß <input type="checkbox"/>	hellbraun <input type="checkbox"/>
		dunkelbraun <input type="checkbox"/>	schwarz <input type="checkbox"/>
7.5	Schuppenqualität:	plattenartig <input type="checkbox"/>	groblamellär <input type="checkbox"/>
		diskret, feinlamellär <input type="checkbox"/>	mittellamellär <input type="checkbox"/>
7.6	keratotische Lichenifikation:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
7.7	Erythem:	schwer, tiefrot <input type="checkbox"/>	mittel/rosa-rot <input type="checkbox"/>
		leicht / diskrete Rötung <input type="checkbox"/>	kein Erythem <input type="checkbox"/>
7.8	Folikulitiden:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
7.9	Pyodermie:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
7.10	Sonstiges:		

B.8 Sonstiger aktueller Befund:

8.1	Hyperlinearität	der Handflächen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
		der Fußsohlen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
8.2	Palmoplantarkeratose:	Handflächen betroffen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
		<i>falls ja, wie:</i>	diffus <input type="checkbox"/>	striär <input type="checkbox"/>	papulös <input type="checkbox"/>
		oder:			
		Fußsohlen betroffen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
	<i>falls ja, wie:</i>	diffus <input type="checkbox"/>	plaqueartig <input type="checkbox"/>	papulös <input type="checkbox"/>	
	oder:				
8.3	Hyperhidrose	palmar:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
		plantar:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
8.4	Blasenbildung:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, wo:</i>	
				Arme <input type="checkbox"/>	Beine <input type="checkbox"/>
				Füße <input type="checkbox"/>	Hände <input type="checkbox"/>
				Kopf <input type="checkbox"/>	Rumpf <input type="checkbox"/>
8.5	Alopezie:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
				diffus <input type="checkbox"/>	narbig <input type="checkbox"/>
				umschrieben <input type="checkbox"/>	nicht narbig <input type="checkbox"/>
8.6	Hypotrichose:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
				umschrieben <input type="checkbox"/>	diffus <input type="checkbox"/>
8.7	Haarschaftanomalien:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
				Haarschaftbrüche <input type="checkbox"/>	Trichorrhexis invaginata <input type="checkbox"/>
				Tigerschwanzmuster in Polarisationsoptik <input type="checkbox"/>	Trichorrhexis nodosa <input type="checkbox"/>
8.8	Nagelanomalien:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
				uhrglasnagelartige <input type="checkbox"/>	
				Sonstige:	
8.9	Seh- o. Augenstörungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.10	Ektropium:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.11	Ohrdeformation:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	

B.8 Sonstiger aktueller Befund:

8.12	Hörstörungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.13	Eklabium:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.14	Mundschleimhautveränderungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.15	Genitalanomalien:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.16	Maldescensus testis:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.17	Gelenkkontrakturen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.18	Skelettanomalien:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.19	Viszerale Anomalien:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		
8.20	Neurologische Störungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	Spastik <input type="checkbox"/>
				Sonstige:	
8.21	Motorische Störungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.22	Geistige Retardierung:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	
8.23	Sonstige Symptome:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>falls ja, welche:</i>	

B.9 Fettstoffwechselstörungen:

9.1	Fettstoffwechselstörungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		
9.2	Werte (falls bekannt):	Cholesterin:	<input type="text"/>	mg/dl	Triglyceride: <input type="text"/> mg/dl

c **Maßnahmen:**

1	Histologie lichtmikroskopisch:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<i>Siehe hierzu auch Anlage „Wichtige technische Hinweise“.</i>
2	Ultrastruktur (EM-Fixierung):	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
3	Haaranalyse mikroskopisch:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
4	Steroidsulfatase -Test (EDTA):	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
5	Transglutaminase 1 - Test (Kryomaterial):	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
6	Molekulare Diagnostik:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
7	Sonstige Diagnostik:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
8	Fotodokumentation:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	

Details zu den angewiesenen Maßnahmen:

Materialtyp	Verwendung	Ziel (top.)	Versanddatum	Zusatzinformationen

Materialtypen	Bio	Biopsie	EDTA	EDTA-Blut	LHBH	Lithiumheparin-Blut und Haare
Verwendung	AA	Aminosäurenanalyse			LEKTI	Cryofixation für LEKTI-Bestimmung
	TGM1	Cryofixation für TGM 1-Bestimmung			EVB	EBV-Transformation
	EM	Glutaraldehydfixierung für elektronen-/ Lichtmikroskopie			LM	Lichtmikroskopie
	mDi	molekulare Diagnostik			PBS	Paraformaldehyd/PBS-Fixation
	RNA	Quiagenlater zur RNA-Isolation			RM	Rasterelektronenmikroskopie
	STS	Steroidsulfatasebestimmung				
Ziel	AC	Aachen			GÖ1	Göttingen / Prof. Gärtner
	HD	Heidelberg / Dr. Hausser			K1	Köln / Dr. Arin
	K2	Köln / Dr. Hennies			MR	Marburg
	MS	Münster / Prof. Traupe			FR	Freiburg / Prof. Fischer
	ER	Erlangen			GÖ2	Göttingen / Prof. Emmert

s **Stammbaum:**

s.1 **Bitte Familienstammbaum erstellen:**

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ■ männlich, betroffen | □ männlich, nicht betroffen |
| ● weiblich, betroffen | ○ weiblich, nicht betroffen |
| ⊠ männlich, Betroffenheit unbekannt | ⊙ weiblich, Betroffenheit unbekannt |

Beispiel

