



Patientendaten Name: Geb. Datum: Adresse:	Einsender	Laboreingang: Datum: Zeit:
<input type="checkbox"/> Krankenkasse: <input type="checkbox"/> privat versichert – Versicherer:	Entnahmetag: Zeit Probennehmer/-in	
<input type="checkbox"/> Vorbefund: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
<input type="checkbox"/> Patienteneinverständniserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass das mir entnommene Untersuchungsmaterial an der Univ.-Hautklinik Würzburg untersucht wird. Datum: Unterschrift Patient/in:		

Diagnose/ Fragestellung:

Indirekte Immunfluoreszenz (Serum)				
Autoantikörper		Titer	Muster/ Bemerkung	Referenzbereich/Titer
<input type="radio"/> ANA	IgG			< 1 : 80
<input type="radio"/> Endomysium-AK	IgA			< 1 : 10
<input type="radio"/> Auf Affenösophagus (Pemphigus)	IgG			< 1 : 10
	IgA			< 1 : 10
<input type="radio"/> Auf humaner Spalthaut (Pemphigoid; Epidermolysis bullosa acquisita)	IgG			< 1 : 10
	IgA			< 1 : 10
<input type="radio"/> Auf Affenblase (paraneoplastischer Pemphigus)	IgG			< 1 : 10
<input type="radio"/> Auf Rattenblase (paraneoplastischer Pemphigus)	IgG			< 1 : 10
<input type="radio"/> Komplement-Bindungstest (Pemphigoid gestationis)	C3			< 1 : 5

FEIA (Serum) Autoantikörper gegen	Befund	Datum	ELISA (Serum) Autoantikörper gegen	IgG	IgA	Datum
<input type="radio"/> dsDNS ⁵	IU/ml		<input type="radio"/> BP 180 NC 16 A ⁷	U/ml		
<input type="radio"/> ENA (Screen) ⁹	Ratio		<input type="radio"/> BP 230 CF ⁸	RE/ml		
<input type="radio"/> RNP70 ²	U/ml		<input type="radio"/> Desmoglein 1 ⁶	U/ml		
<input type="radio"/> Centromer ²	U/ml		<input type="radio"/> Desmoglein 3 ³	U/ml		
<input type="radio"/> Jo-1 ²	U/ml		<input type="radio"/> Kollagen Typ VII ⁸	RE/ml		
<input type="radio"/> LaSSB ²	U/ml		<input type="radio"/> Envoplakin ^{*,11}	Ratio		
<input type="radio"/> U1RNP ¹	U/ml		Immunoblot (Serum) Autoantikörper gegen	IgG	IgA	Datum
<input type="radio"/> RoSSA ²	U/ml		<input type="radio"/> Lösliche BP180-Ektodomäne (LAD 1) ¹⁰			
<input type="radio"/> Scl-70 ²	U/ml		<input type="radio"/> BP 180 4575 (C-terminal) ^{*,10}			
<input type="radio"/> SmD ^P ²	U/ml		<input type="radio"/> BP 180 NC16A ^{*,10}			
<input type="radio"/> Gewebetransglutaminase ²	U/ml		Indirekte Immunfluoreszenz (BIOCHIP) Autoantikörper gegen			
			<input type="radio"/> Laminin 332 ^{*,12}			

Referenzbereiche:

¹ U/ml < 5 negativ, 5 – 10 grenzwertig, > 10 positiv
² U/ml < 7 negativ, 7 – 10 grenzwertig, > 10 positiv
³ U/ml < 7 negativ, 7 – < 20 grenzwertig, ≥ 20 positiv
⁴ U/ml < 9 negativ, ≥ 9 positiv
⁵ IU/ml < 10 negativ, 10 – 15 grenzwertig, > 15 positiv
⁶ U/ml < 14 negativ, 14 – < 20 grenzwertig, ≥ 20 positiv
⁷ U/ml < 9 negativ, ≥ 9 positiv
⁸ RE/ml < 20 negativ, ≥ 20 positiv
⁹ Ratio < 0,7 negativ, 0,7 – 1,0 grenzwertig, > 1,0 positiv
¹⁰ Ø negativ, (+) grenzwertig, + positiv, ++ stark positiv
¹¹ Ratio < 1,0 negativ, Ratio ≥ 1 positiv
¹² < 1:10 negativ ≥ 1:10 positiv
^{*} nicht akkreditierte Methode für D-ML-13450-01-00

Weitere Immunoblots⁷ nach Rücksprache (Serum)

Befunder:

Bemerkungen: