

LIPODYSTROPHIE
Patienten-Anmeldung

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Fax (0341 / 97 13119) oder Mail
(lipodystrophie@medizin.uni-leipzig.de) zurück an die Uniklinik Leipzig**

Name des Patienten: _____ **Geburtsdatum:** _____

Typ der Lipodystrophie	<input type="checkbox"/> angeboren	<input type="checkbox"/> erworben	<input type="checkbox"/> unklar
Verteilung der Lipodystrophie	<input type="checkbox"/> generalisiert	<input type="checkbox"/> partiell	<input type="checkbox"/> unklar
Erfolgte bereits eine molekulargenetische Untersuchung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unklar
Wenn ja, in welchem der Gene konnte eine Mutation nachgewiesen werden?	<input type="checkbox"/> LMNA <input type="checkbox"/> PPAR γ <input type="checkbox"/> Seipin <input type="checkbox"/> AGPAT-2 <input type="checkbox"/> ZMPSTE24 <input type="checkbox"/> andere Gene (bitte angeben)		
Wurde ein Diabetes mellitus diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> Ja ED	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unklar
Wurde eine Hypertriglyceridämie festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja ED	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unklar

Details zu Diabetes mellitus (DM) / Hypertriglyceridämie (HTG)			
Therapie des DM:	<input type="checkbox"/> Diät	<input type="checkbox"/> OAD	<input type="checkbox"/> Insulin, tägliche Insulindosis: ca. IE
Bestehen Komplikationen des DM?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Retinopathie <input type="checkbox"/> Nephropathie <input type="checkbox"/> Neuropathie <input type="checkbox"/> andere:		
Therapie der HTG:			

Leidet der Patient/die Patientin an einer der folgenden Erkrankungen?			
akute Pankreatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Steatosis hepatis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar
Arteriosklerose (KHK/pAVK)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar

Bitte senden Sie uns zusätzlich eine **Kopie folgender aktueller Laborwerte:**

- HbA1c
- Nüchtern-Triglyceride
- Gesamt-Cholesterin
- HDL
- ALAT
- ASAT
- Kreatinin
- GFR
- Blutbild

Kontaktdaten (bitte geben Sie hier an, wie wir mit Ihnen/dem Patienten in Kontakt treten können):