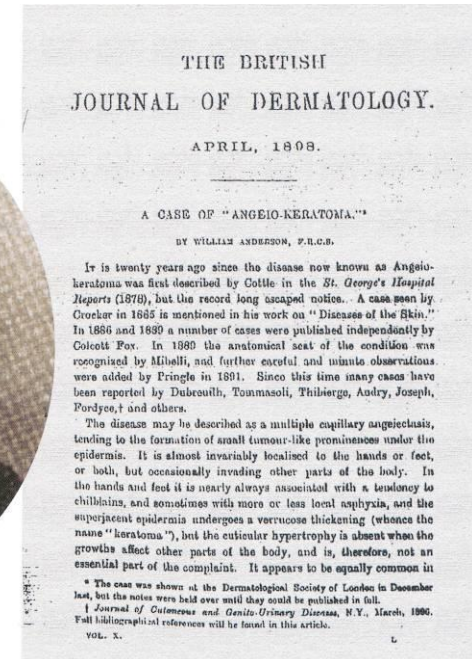
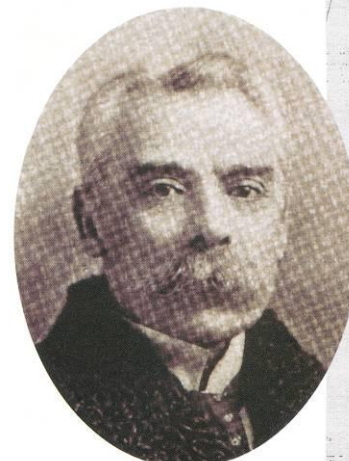
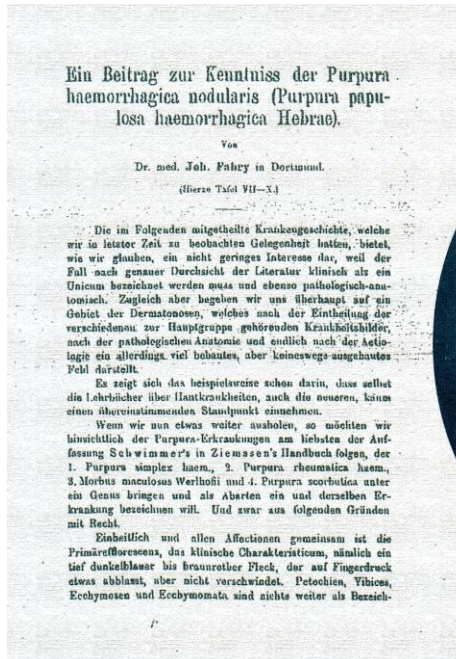
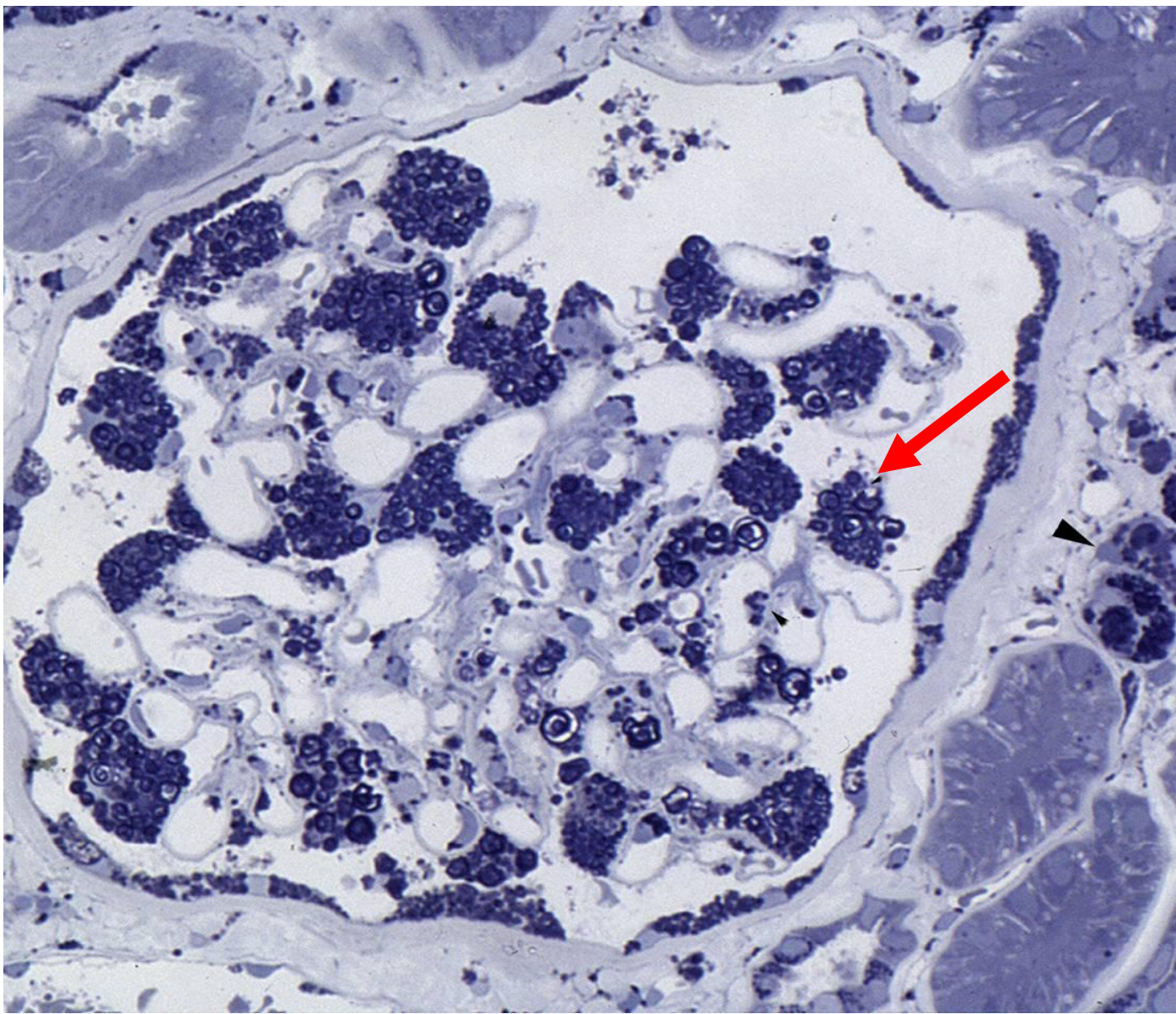


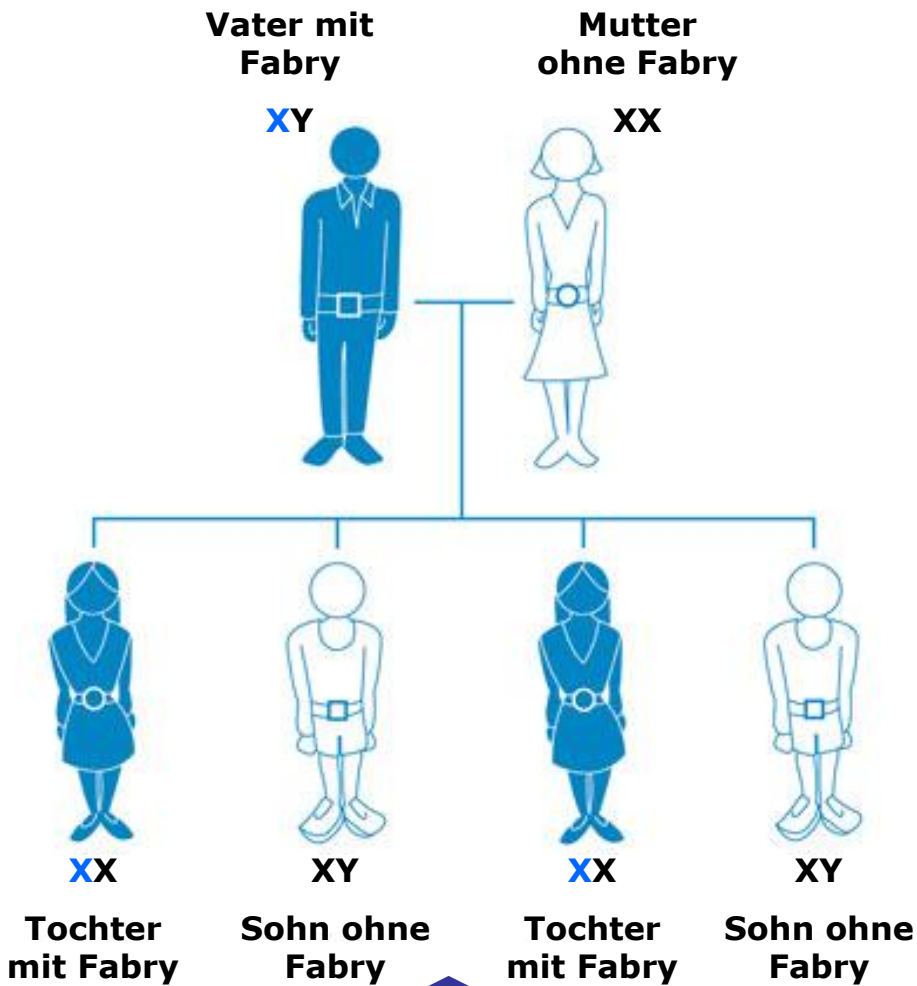
Dr. Johannes Fabry (1860–1930)

Dr. William Anderson (1842–1900)



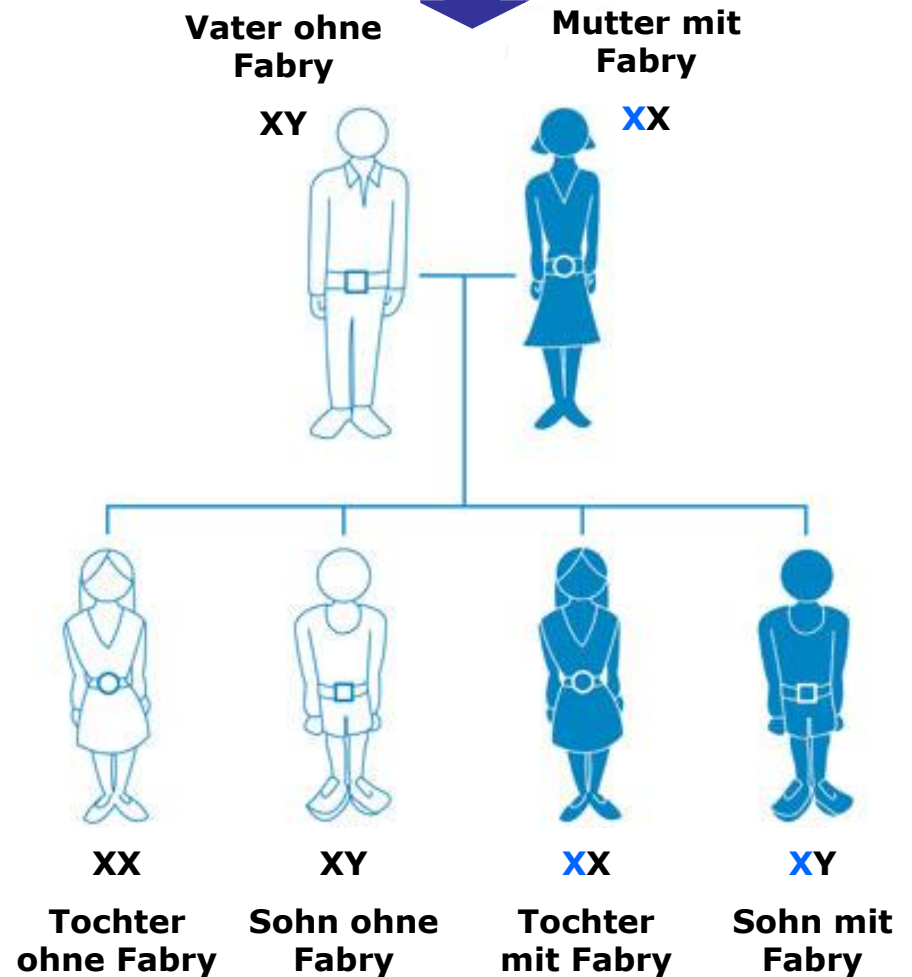


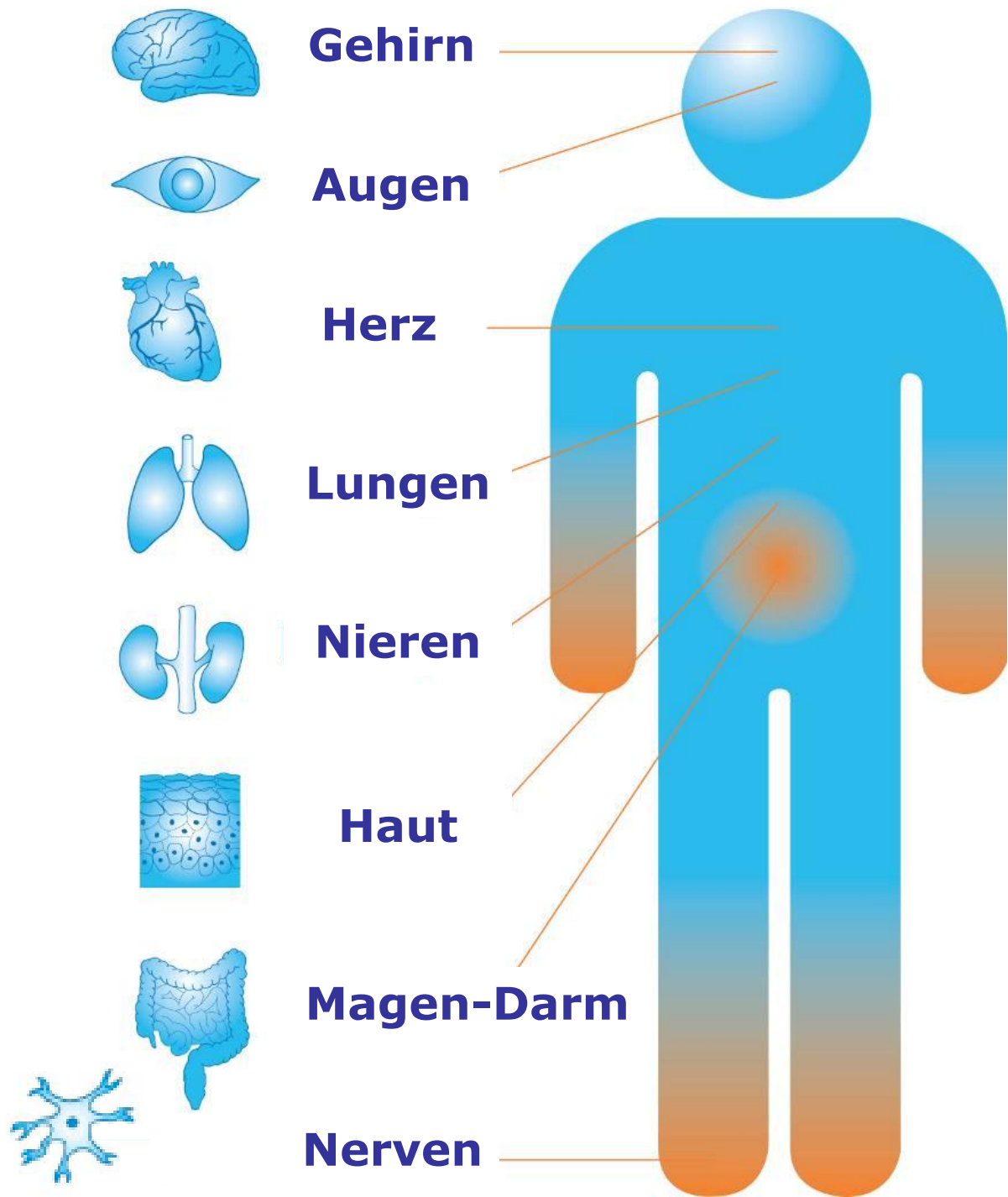
Nierengewebe eines Patienten mit Fabry-Erkrankung:
Sichtbar ist die Anhäufung von dunkel gefärbtem Gb3 in der Zelle

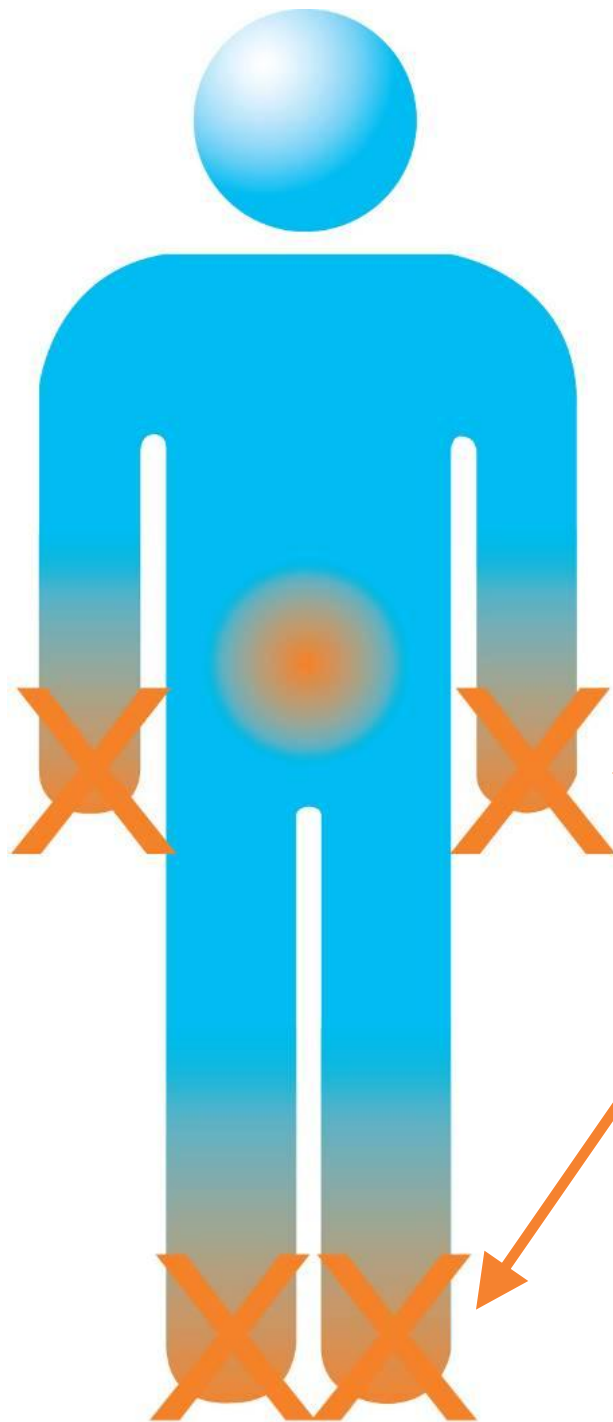


Beispiel für die Vererbung
des Morbus Fabry
bei einem erkrankten
Mann

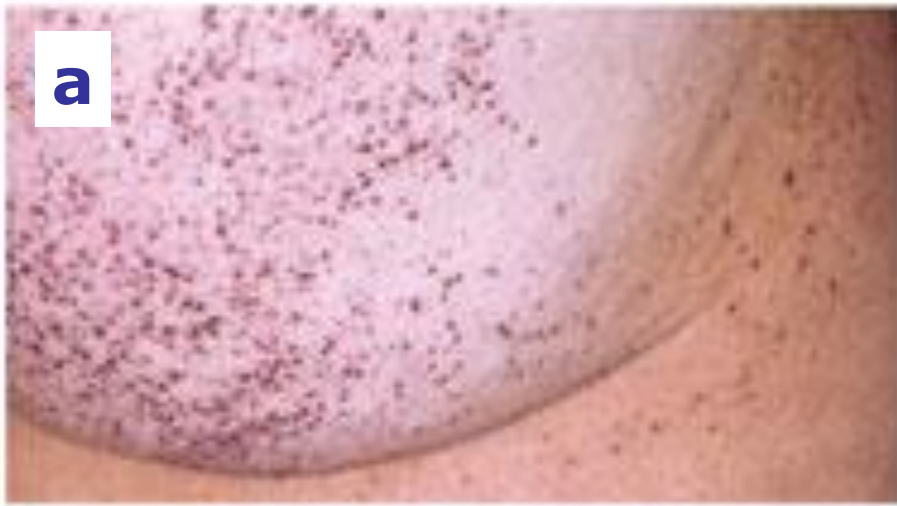
Beispiel für die Vererbung
des Morbus Fabry
bei einer erkrankten
Frau



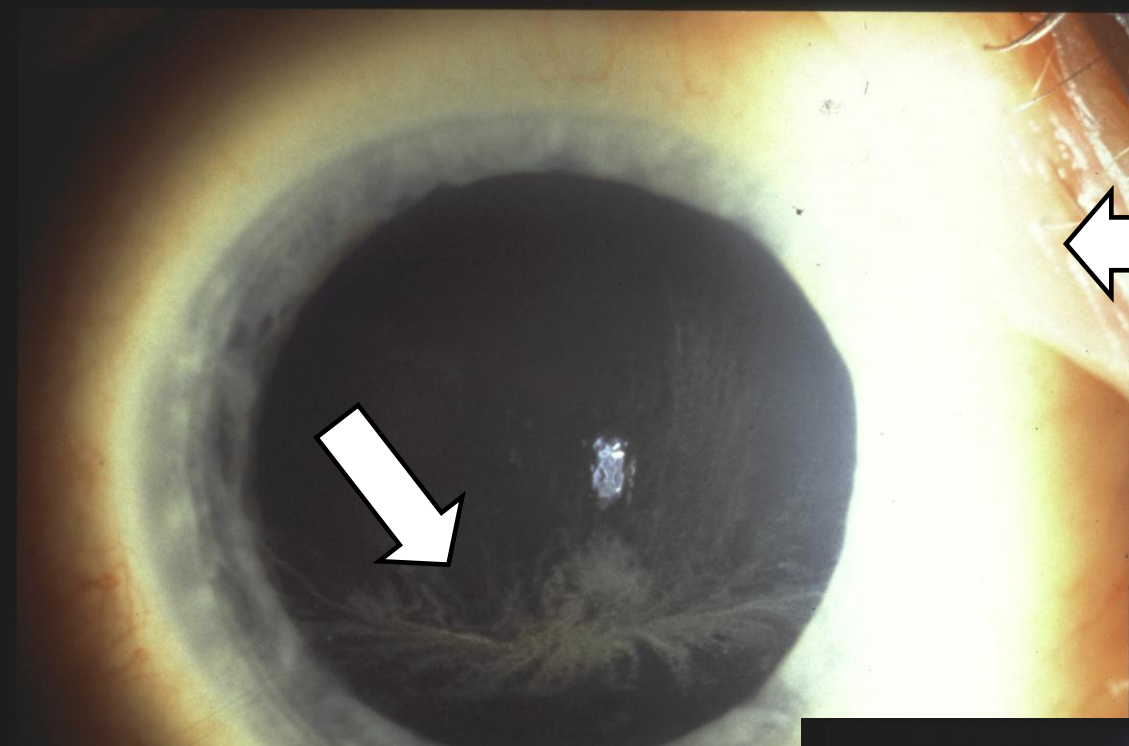




Der Schmerz beginnt in den Händen und Füßen und kann sich auf weitere Körperpartien ausbreiten (s. farblicher Verlauf).



Typische Hautveränderungen bei der Fabry-Erkrankung:
(a) Gesäß, (b) Bauchnabel, (c) Lippen, (d) Handflächen.
Mit freundlicher Abbildungsgenehmigung von Dr. Thomas Jansen

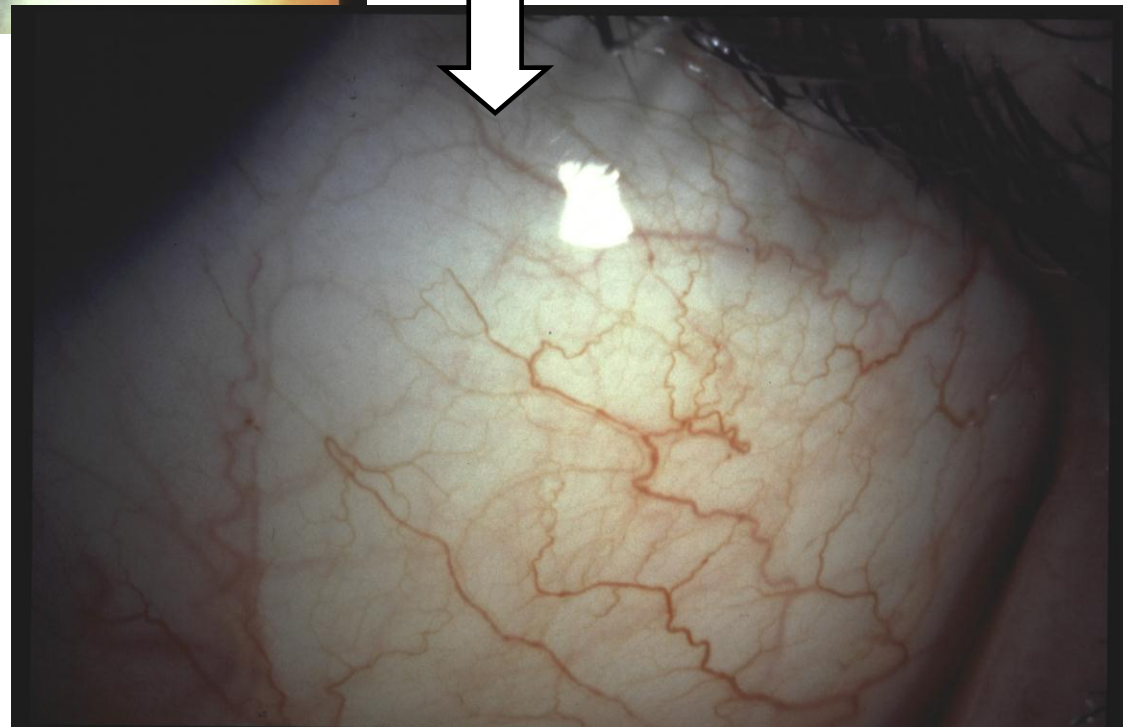


Hornhauttrübung
(Cornea verticillata)

Geschlängelte Gefäße an
der Bindehaut
(Tortuositas Vasorum)

Typische Augen-
veränderungen bei der
Fabry-Erkrankung

Mit freundlicher
Abbildungsgenehmigung von
PD Dr. med. Susanne Pitz

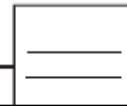
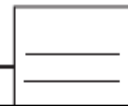


**Großmutter
mütterlicherseits**

**Großvater
mütterlicherseits**

**Großmutter
väterlicherseits**

**Großvater
väterlicherseits**



Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Mutter

Vater



**Tante,
Onkel**



**Tante,
Onkel**



Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Mein Partner



ICH



**Bruder,
Schwester**



Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

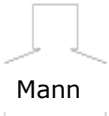

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

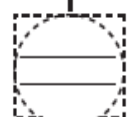
 Gestorben an: _____

Mann Frau

Name: _____

Datum: _____



**Meine
Kinder**



Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____

Alter: _____
 Symptome: _____

 Gestorben an: _____



