

Feststellung des Risikos für eine Sensibilisierung gegenüber Dentalersatzmaterialien

Bei Ihnen soll im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung Zahnersatzmaterial eingebracht werden. Es ist unser Ziel das für Sie individuell geeignete Material zu finden. Mit Hilfe dieses Fragebogens soll Ihr allergisches Risiko ermittelt werden. Durch die korrekte Beantwortung der Fragen unterstützen Sie das Aufklärungsgespräch des Zahnarztes.

Name: Vorname: geb. am:

Haben sie derzeit Beschwerden in der Mundhöhle?			
Schmerzsyndrome		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zungenbrennen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischentzündungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metallgeschmack		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere			
Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?			
Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Migräne / Kopfschmerzen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Immunerkrankung (Rheuma, Lupus, Multiple Sklerose)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in der Vergangenheit Unverträglichkeitsreaktion auf zahnärztliche Werkstoffe?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben / hatten Sie Hautreaktionen auf Modeschmuck (Nickel, Chrom u.ä.)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit gegenüber Goldschmuck?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind nach Unfällen jemals Metalle bei Ihnen operativ eingebracht worden?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie Gelenkimplantate (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Probleme damit?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie beruflich mit der Verarbeitung von Metallen oder Kunststoffen zu tun?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Werkstoffe:			
Tragen Sie Piercing- und/oder Tatooschmuck?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es Unverträglichkeitsreaktionen darauf?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihnen schon einmal ein Allergietest durchgeführt?			
Hauttest (Epikutantest)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lymphozyten-Transformations-Test (LTT)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Auf was haben Sie reagiert?			
Besitzen Sie einen Allergiepass, in dem diese Stoffe eingetragen sind?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in der Vergangenheit eine unangenehme Reaktion auf ein Betäubungsmittel?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie gegenwärtig eines der folgenden Medikamente ein? (Kortisonpräparate, Zytostatika, Immunsuppressiva, Penicillin oder andere Antibiotika)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Im Gespräch mit		wurden die o.g. Antworten erörtert.	
Arztstempel			
Eine Sensibilisierung auf einen zahnärztlichen Werkstoff ist wahrscheinlich		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Es wurde die Durchführung eines präventiven Allergietestes empfohlen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
.....			
Datum, Unterschrift Zahnarzt		Datum, Unterschrift Patient(in)	