

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 |
| 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? ja nein

Haben / hatten Sie Hautreaktionen auf Modeschmuck (Nickel, Chrom u.ä.)? ja nein

Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit gegenüber Goldschmuck? ja nein

Sind nach Unfällen jemals Metalle bei Ihnen operativ eingebracht worden? ja nein

Tragen Sie Gelenkimplantate (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)? ja nein
Haben Sie Probleme damit? ja nein

Haben Sie beruflich mit der Verarbeitung von Metallen oder Kunststoffen zu tun? ja nein

Welche Werkstoffe :

Tragen Sie Piercing- und/oder Tatooschmuck? ja nein
Gibt es Unverträglichkeitsreaktionen darauf? ja 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? ja nein

Hatten Sie in der Vergangenheit eine unangenehme Reaktion auf ein Betäubungsmittel? ja nein

Nehmen Sie gegenwärtig eines der folgenden Medikamente ein? ja nein
(Kortisonpräparate, Zytostatika, Immunsuppressiva, Penicillin oder andere Antibiotika)

Im Gespräch mit _____ wurden die o.g. Antworten erörtert.

Arzt-Stempel

Eine Sensibilisierung auf einen zahnärztlichen Werkstoff ist wahrscheinlich ja nein

Es wurde die Durchführung eines präventiven Allergietestes empfohlen ja nein

.....
Datum, Unterschrift Zahnarzt

.....
Datum, Unterschrift Patient(in)