

Feststellung des Risikos für eine Sensibilisierung gegenüber Dentalmaterialien

PP01 – FF03 UmweltAnamnesebogen V1.1 vom 26.01.2023, © Gemeinschaftspraxis Dres. Fischer

Mit Hilfe dieses Fragebogens soll Ihr Risiko einer Materialunverträglichkeit ermittelt werden. Es ist unser Ziel, das für Sie individuell geeignete Restaurationsmaterial zu finden.

Name: Vorname: geb. am:

Haben Sie derzeit Beschwerden in der Mundhöhle?

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zungenbrennen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischentzündungen / Aphthen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere | | |

Haben Sie einmal eine kieferorthopädische Apparatur (Zahnsperre, Klammer) getragen? ja nein

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 / Schuppenflechte) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergischer Schnupfen / Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nasennebenhöhlenprobleme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen des Nervensystems | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Autoimmunerkrankung (Rheuma, Diabetes Typ I, Multiple Sklerose) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren-/Blasenstörung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hatten Sie in der Vergangenheit eine Unverträglichkeitsreaktion auf zahnärztliche Werkstoffe? ja nein

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

Tragen Sie Piercing- und/oder Tattooschmuck? ja nein
Gibt es Unverträglichkeiten darauf? ja nein

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

Wurde Ihnen am Herzen Fremdmaterial (z.B. Stents, Schrittmacher, künstliche Herzklappe) eingesetzt? ja nein

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

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten auf Medikamente oder Nahrungsmitteln bekannt? ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Allergietest durchgeführt? ja nein

Hauttest (Epikutantest) ja nein
Lymphozyten-Transformations-Test (LTT) ja 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

Leiden Sie unter Darmproblemen (z.B. Durchfall, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)? ja nein

Gibt es bei Ihnen Muskel- oder Gelenkprobleme (z.B. Rheuma, Muskelschwäche, restless legs)? ja nein

Schwitzen Sie übermäßig? ja nein

Erkennen Sie an sich nervliche Störungen (z.B. Gedächtnis- und Konzentrationsstörung, Schwindel, Zittern, Schlafstörungen, Elektrosensibilität, Ohrgeräusche)? ja nein

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

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

Vom Arzt auszufüllen:

Eine Sensibilisierung auf einen zahnärztlichen Werkstoff ist wahrscheinlich ja nein

Es wurde die Durchführung eines präventiven Allergietestes empfohlen ja nein