



Hinweise für Unverträglichkeit zahnärztlicher und zahntechnischer Materialien

Vorname / Name:

1. 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 (z.B. Aphten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere | | |
-

2. Hatten Sie in der Vergangenheit Unverträglichkeitsreaktionen auf zahnärztliche Werkstoffe?
- ja nein

3. Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit gegenüber Goldschmuck?
- ja nein

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

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

6. Bestehen Allergien?
Welche?
- ja nein
-

7. Bestehen bei Eltern, Kindern oder Geschwistern Allergien?
Welche?
- ja nein
-

8. Leiden Sie mehr als 2x jährlich unter Infektionen der oberen und unteren
- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Luftwege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Harnwege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| oder dauert ein Infekt bei Ihnen länger als 1 Woche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

9. Leiden Sie unter Arthrose, Arthritis, Magen-Darm-Problemen?
- ja nein