



MELISA® FRAGEBOGEN

Sie werden durch den MELISA® test auf Metallsensibilisierung getestet. Um Sie korrekt testen zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst sorgfältig zu beantworten. Falls Sie mehr Platz für Ihre Angaben brauchen, bitte fragen Sie nach zusätzlichen Blättern. Die Information wird vertraulich behandelt.

Stadt: _____ Datum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

1.1 ZAHNFÜLLUNGEN

Material:

BEHANDLUNGS-

DATUM:

ANZAHL DER

FÜLLUNGEN:

Amalgam

Gold

Kunststoff

Keramik

Andere

1.2 WURZELFÜLLUNGEN

Material

DATUM DER

ERNEUERUNG

ANZAHL DER

FÜLLUNGEN

1.3 Sind Sie gerade dabei Ihre Füllungen zu wechseln?

JA

NEIN

Wenn Ja, seit wann? _____

Zahnarzt: _____

1.4 Ist das Erneuern der Füllungen abgeschlossen? JA NEIN

Wenn Ja, seit wann? _____

Zahnarzt: _____

1.5 Mit welchem Material wurden die Füllungen erneuert?

a) Gold

Composit (Kunststoff)

Keramik (Porzellan)

Name des Materials (falls möglich):

b) Falls Sie gerade dabei sind Ihre Füllungen zu erneuern oder die Behandlung abgeschlossen haben, bemerken Sie irgendwelche Symptome, die in Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung auftreten?

JA NEIN

c) Wenn Ja, welche Symptome und wie lange halten sie

1.6 Stellen Sie irgendwelche Verbesserungen oder Verschlechterungen Ihrer Symptome fest, die mit dem Erneuern der Füllungen in Zusammenhang stehen könnten?

Auf kurze Sicht:

Verbesserung

Verschlechterung

Auf lange Sicht:

Verbesserung

Verschlechterung

Keine nennenswerte Änderung aufgetreten

1.7 Leiden Sie unter Parodontose? JA NEIN

Wenn Ja, seit wann? _____

1.8 Haben Sie entzündetes und/oder blutendes Zahnfleisch? JA NEIN

Wenn Ja, seit wann? _____

1.9 Haben Sie oder hatten Sie irgendwelche anderen Metalle oder metallenthaltende Materialien im Mund, wie Titan, Stahl oder Metallkeramik?

JA NEIN

Wenn Ja, welche? _____

1.10 Haben oder hatten Sie Prothesen oder Brackets (festsitzende kieferorthopädische Behandlung)?

JA NEIN

Wenn Ja, welche und in welchem Zeitraum?

2. Haben oder hatten Sie mit Silikon oder physiologischer Kochsalzlösung gefüllte Brustimplantate?

JA NEIN

Wenn Ja, welche Art von Implantat und wann wurde es implantiert?

2.1 Haben Sie Tätowierungen?

JA NEIN

Wenn Ja, wie viele und wann haben Sie sie bekommen?

Datum: _____ Wie viele? _____

2.2 Erinnern Sie sich an einen Kontakt mit Metallen bevor die Erkrankung anfang?

JA NEIN

Wenn Ja, unter welchen Umständen?

2.3 Hatten Sie zu Hause oder an Ihrem Arbeitsplatz Kontakt zu Metallen?

Wenn Ja, unter welchen Umständen und welche Metalle?

Ihre jetzigen und frühere

JA NEIN

Beruf(e) _____

2.4 Hat jemand in Ihrer Familie berufsbedingten Kontakt mit Metallen?

Wenn Ja, wer und welcher Beruf?

JA NEIN

2.5 Rauchen Sie?

JA NEIN

a) Wenn Ja, wieviel? _____

b) Seit wann? _____

c) Haben Sie früher geraucht?

JA NEIN

d) Wieviel? _____

e) Wie lange? _____

d) Sind Sie zu Hause oder an Ihrem Arbeitsplatz Passivrauchen ausgesetzt?
JA NEIN

2.6 Wurden Sie jemals mit Gammaglobin behandelt oder erhielten einen anderen Impfstoff zur Prophylaxe oder als Behandlung? JA NEIN

Wenn Ja, welcher? _____

2.7 Wenn Sie eine Frau sind, sind Sie RH-negativ und haben Sie nach der Geburt Anti-D-Globulin bekommen? JA NEIN

Wenn Ja, geben Sie Behandlungsdatum und Name des Medikaments an:

2.8 Wenn Sie weiblichen Geschlechts sind:

- | | | |
|--|----|------|
| a) Tragen Sie eine Spirale? | JA | NEIN |
| b) Trugen Sie eine Spirale? | JA | NEIN |
| c) Wenn Ja, haben Sie Nebenwirkungen gehabt? | JA | NEIN |
| d) Welche Symptome? | | |

2.9 Haben Sie Allergie auf Kosmetika? JA NEIN

Wenn Ja, welches Produkt und welcher Handelsname?

2.10 Benutzen Sie oder haben Sie jemals Augentropfen benutzt?

JA NEIN

Wenn Ja, geben Sie den Produktnamen an: _____

2.11 Tragen Sie oder haben Sie jemals Kontaktlinsen getragen?

JA NEIN

Welche Kontaktlinsenlösung benutzen Sie? _____

2.12 Wurden Sie jemals mit Myocrisin[®](Goldspritzen) behandelt? JA NEIN

2.13 Haben Sie unerwünschte Nebenwirkungen mit den oben genannten Produkten oder Behandlungen festgestellt? JA NEIN

Wenn Ja, geben Sie das Produkt und die Nebenwirkungen an:

2.14 Tragen Sie durchgestochene Ohringe? JA NEIN

a) Haben Sie früher durchgestochene Ohringe getragen? JA NEIN

b) Wenn Ja, haben Sie unerwünschte Effekte beobachtet? JA NEIN

c) Sind Sie allergisch auf die unten aufgeführten Materialien?

Kontaktreaktionen:

Nickel: _____

Gold: _____

Silber: _____

Andere unedle Metalle: _____

Andere Materialien: _____

2.15 Bekommen Sie Hauterscheinungen durch den Kontakt von Jeansknöpfen, Armbanduhren, Ringen, Schmuck oder anderen Materialien? JA NEIN

Welche: _____ Reaktion bei Kontakt: _____

2.16 Wurden Sie desensibilisiert mit Pollen-, Staub- oder Bienen/Wespen-Extrakt?

JA NEIN

Wenn Ja, weswegen, wann und für welchen Zeitraum?

2.17 Kauen Sie Kaugummi? JA NEIN

Wenn Ja, welche Marke und wieviel?

2.18 Wurde bei Ihnen ein Haut(Patch)allergietest durchgeführt? JA NEIN

Arzt: _____

Klinik: _____

Testergebnis: _____

2.19 Haben Sie einen Wechsel Ihres Gesundheitszustandes in Verbindung mit einem Hauttest bemerkt? JA NEIN

Wenn Ja, welche Symptome?

2.10 Sind Sie allergisch auf Penicillin oder andere Medikamente? JA NEIN

2.11 Haben Sie Nahrungsmittelallergien? JA NEIN

Welche Nahrungsmittel? _____

Welche Symptome traten auf und wann haben Sie sie zum ersten Mal festgestellt?

2.12 Haben Sie irgendeine andere Allergie?

JA NEIN

Welche Allergie? _____

2.13 Wohnen Sie oder haben Sie in der Nähe einer Fabrik, Industrieanlage, Krematorium Müllverbrennungsanlage, stark befahrenen Straße oder Flughafen gewohnt?

Wo: _____ Wann: _____

2.14 Leiden Sie an einer diagnostizierten Erkrankung?

a) Welche Erkrankung? _____

b) Seit wann? _____

c) Symptome? _____

d) Name und Anschrift Ihres Arztes: _____

2.15 Haben Sie eine Erkrankung in Ihrer Familie?

Erklären Sie: Wer:

Allergien: _____

Autoimmunerkrankungen: _____

Hauterkrankungen: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: _____

Diabetes: _____

Krebs/Tumoren: _____

Elektrosensibilität: _____

Sensibilität auf chemische Stoffe: _____

Psychiatrische Erkrankungen: _____

Andere: _____

