

## Personlig information

Namn:

Personnummer  
(alla siffror):

Address:

Ort:  Postnummer:

Telefon:  Fax:

Epost:

Yrke:

Tidigare yrke:

Diagnostiserad sjukdom (om någon):

### 1.4 a) Bär Du tandställning eller löständer?

Ja  Nej

### 1.4 b) Har du någonsin burit tandställning eller löständer?

Ja  Nej

Om ja, vänligen beskriv vilket material och hur länge du burit dem.

## 1 Tandstatus

### 1.1 Dina tandlagningar, kronor och/eller broar

Material	Hur många och när insatta
Amalgam	
Guldkrona/bro	
Metallbunden keramik	
Titankrona eller bro	
Kobalt-krom-nickel kronor eller broar	
Keramik	
Komposit/plast	
Annat	

Upplever/upplevde du några biverkningar som smärta eller svullnad i munnen, metallisk smak, trötthet eller andra lokala eller systemiska symptom efter att du burit dem?

### 1.2 Rotfyllningar

Material	Hur många och när insatta
Amalgam	
Guttaperka	
Calcium hydroxid	
Annat	

### 1.5 Sanering av tandlagningar

Sanering av tandlagningar är en komplicerad process och för att minska exponering av metaller hos patienten bör tandläkaren följa ett strikt protokoll.

a) Har du sanerat dina tandlagningar?

Ja  Nej

(Om Nej, vänligen gå vidare till fråga 1.11)

b) Vänligen ange detaljer för saneringen

### 1.3 Har Du några tandimplantat?

Ja  Nej

Material	Hur många, när insatta, tillverkare, modell och materialkomposition
Titan med guld	
Rent titan	
Zirkon	
Annat	

c) Är saneringen slutförd?

Slutförd

Pågående

Namn och ort på tandläkare som utför saneringen:

Om ja, vilka symptom och hur länge har dessa varat?

### 1.6 Till vilket material har Du bytt?

Guld  Kobolt-Krom-Nickel krona

Kompositter  Metallbunden (MB) keramik

Keramik (porslin)  Titan

Annat material (specificera):

### 1.10 Efter saneringen, har Du upplevt några nya symptom som du inte hade innan, som eksem, trötthet etc.?

Ja  Nej

Om ja, vilka symptom och hur länge har dessa varat?

### 1.7 Om Du genomgått metallsanering, helt eller delvis, har Du lidit av några lokala eller systemiska symptom i anslutning till avlägsning av tandfyllningar?

Ja  Nej

Om ja, vilka symptom och hur länge har dessa varat?

### 1.11 Blöder Ditt tandkött när Du borstar tänderna?

Ja  Nej

Om ja, hur ofta och hur mycket?

### 1.8 Har Du själv märkt en långsiktig/kortsiktig förbättring eller försämring av Ditt hälsotillstånd som kunde bero på saneringen?

Kortsiktig (2 dagar-1 månad):

Förbättring  Försämring  Tillstånd oförändrat

Långsiktig:

Förbättring  Försämring  Tillstånd oförändrat

### 1.12 Har Du inflammerat och/eller blödande tandkött?

Ja  Nej

Om ja, sedan när?

### 1.9 Efter saneringen, har Du upplevt några orala symptom som brännande eller kliande känsla?

Ja  Nej

### 1.13 Gnisslar Du tänderna och vaknar upp på morgonen med huvudvärk?

Ja  Nej

Om ja, sedan när?

Om ja, vilket var ditt yrke och vilka metaller exponerades du mot?

## 2 Metallexponering

**2.1 Har Du, eller har Du tidigare haft, några proteser eller metallimplantat i din kropp (höft- och knäproteser, titanimplantat, skruvar, stift, pacemaker etc.)?**

Ja  Nej

Om ja, uppge typ och material, och om det förekommit problem med Dina implantat.

**2.2 Har Du tatueringar?**

Ja  Nej

Om ja, hur många och när tillkom de?

**2.3 Har Du varit utsatt för metallexponering i Ditt arbete?**

Ja  Nej

**2.4 Har någon familjemedlem varit utsatt för metaller i sitt arbete?**

Ja  Nej

Om ja, vilket var yrke och vilka metaller exponerades de mot?

**2.5 Rökning**

**a) Röker Du?**

Ja  Nej

Om ja, hur mycket?

Sedan när?

**b) Har Du rökt tidigare?**

Ja  Nej

Om ja, hur mycket brukade du röka?

Hur länge var Du en rökare?

**c) Är Du utsatt för passiv rökning i hemmet eller på arbetsplatsen?**

Ja  Nej

**2.6 Vaccinering**

**a) Har Du fått Gammaglobulin som profylax eller behandling?**

Ja  Nej

## b) Har Du fått influensavaccin?

Ja  Nej

## c) Har Du upplevt några biverkningar i samband med vaccinering?

Ja  Nej

Om ja, när och vilka symptom upplevde Du?

Vilket eller vilka vaccin reagerade Du mot (om möjligt, uppge namn och tillverkare)

## 2.7 Ögon- och näsdroppar

Många märken av ögon- och näsdroppar kan innehålla thimerosal, ett konserveringsmedel som innehåller kvicksilver.

### a) Använder Du ögon- och/eller näsdroppar?

Ja  Nej

### b) Har Du tidigare regelbundet använt ögon- och/eller näsdroppar?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer

## c) Upplevde Du några biverkningar?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer

## 2.8 Kontaktlinser

Kontaktlinsvätska kan också innehålla thimerosal.

### a) Använder Du mjuka kontaktlinser?

Ja  Nej

### b) Har Du tidigare använt kontaktlinser?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer

### c) Upplevde Du några biverkningar?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer

### 2.9 Kosmetika

Make-up innehåller metallpigment.

a) Använder Du kosmetika?

Ja  Nej

Om ja, hur ofta och vilka märken?

b) Irriteras Din hud av kosmetika?

Ja  Nej

### 2.10 Har Du någon gång behandlats med kolloidalt guld (ett preparat för behandling av ledbesvär)?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer

### 2.11 Örhängen och piercings

a) Använder Du örhängen?

Ja  Nej

b) Har Du tidigare använt örhängen?

Ja  Nej

c) Har Du några piercings?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer

d) Upplever Du obehag i samband med örhängen eller piercings?

Ja  Nej

Om ja, är det något material Du inte tål (nickel, guld, silver etc.)? Beskriv reaktion vid exponering.

### 2.12 Får Du hudirritation av kontakt med jeansknappar, klockarmband, ringar, smycken eller andra föremål?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer

### 2.13 Har Du genomgått desensibilisering med pollen-, kvalster- eller bi/getingextrakt?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer

## 2.14 Äter Du fisk och skaldjur?

Ja  Nej

Om ja, vilken typ och hur ofta?

## 2.15 Vardagsexponering

Tuggummi och godis kan innehålla titandioxid (E171), vilket ger dem en vit färg och knaprig yta. Tandkräm innehåller också ofta titandioxid och sodium laurylsulfat, som kan orsaka irriterade munslemhinnor.

a) Tuggar Du tuggummi?

Ja  Nej

Om ja, vilket märke och hur ofta?

b) Vilken tandkräm använder Du?

c) Äter Du knaprigt godis (som Smarties)?

Ja  Nej

Om ja, vilket märke och hur ofta?

## 2.16 Hudtest för metallallergi

a) Har Du genomgått hudtest/lapptest för metallallergi?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer.

Datum

Klinik

Testresultat

b) Upplevde Du en försämring av Dina symptom i samband med hudtestet?

Ja  Nej

Om ja, vilka symptom upplevde Du?

**2.17 Bor Du eller har Du bott nära en fabrik, ett industriområde, flygplats eller ett krematorium? Om ja, vänligen uppge detaljer.**

Var

Var

Var

Var

Var

Var

Var

## 3 För kvinnor: (män går vidare till del 4)

**3.1 Har Du någonsin haft bröstimplantat?**

Ja  Nej

Om ja, vilken typ och upplevde Du några symptom i samband med dessa?

**3.2 Om Du har fött barn,**

Är Du RH-negativ?

Ja  Nej

Fick Du anti-D-globulin i samband med förlossning?

Ja  Nej

Om ja, när skedde detta?

Om möjligt, uppge preparatnamn och var behandlingen gavs.

### 3.3 Kopparspiral

Använder Du eller har Du tidigare använt kopparspiral?

Ja  Nej

Har Du upplevt obehag i samband med detta?

Ja  Nej

Om ja, vilka symptom?

## 4 Allergier och sjukdomar

### 4.1 Är Du allergisk mot antibiotika (som penicillin eller sulfa)?

Ja  Nej

Om ja, vilken typ?

### 4.2 Har Du någon födoämnesallergi?

Ja  Nej

Om ja, vilka födoämnen?

Vilka symptom upplever Du?

När bröt allergin ut?

### 4.3 Har Du någon annan allergi?

Ja  Nej

Om ja, vilken typ?

### 4.4 Har Du någon av läkare diagnostiserad sjukdom?

Vilken sjukdom?

När blev den diagnostiserad?

Om möjligt, uppge namn och ort på läkaren som gav diagnosen.

Finns det någon speciell karaktär på din sjukdom?

**4.5 Har Du några andra symptom som inte blivit diagnosticerade? Om ja, vänligen ange detaljer.**

## 4.6 Familjehälsa

Vänligen ange ifall någon i Din familj har följade diagnos eller symptom.

a) Allergier

b) Autoimmuna sjukdomar

c) Hudsjukdomar

d) Hjärta/kärl sjukdomar

e) Diabetes

f) Cancer/tumör

g) Elöverkänslighet:

h) Multipel kemisk känslighet (MCS)

i) Psykiska sjukdomar

j) Annat

## 4.7 Pågår medicinsk behandling?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge preparatnamn och behandlingsperiod.

## 4.8 Äter Du vitaminer och/eller mineraler?

Ja  Nej

Om ja, vad och hur mycket?



#### 4.9 Upplever Du biverkningar av något av ovanstående preparat?

Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer.

#### 4.10 Har Du blivit biten av en fästing under de senaste 5 åren?

Ja  Nej

a) Om ja, när skedde detta?

b) Har Du blivit testad för några fästingburna infektioner som Borrelia?

Ja  Nej

c) Om ja, vilka tester och vilka var resultaten?

## 5 Kompletterande uppgifter

Vänligen uppge annan information som Du upplever som viktig i Ditt fall.

För utvärdering av frågeformuläret, vänligen skicka det till

Epost: [vera@melisa.org](mailto:vera@melisa.org)

Vera Stejskal

August Wahlströms väg 10

182 31 Danderyd

© Copyright MELISA Medica Foundation 2013