

# Formular zur Registrierung unerwünschter Wirkungen von Dentalmaterialien

Dieses Formular kann für Patienten- oder Berufserkrankungen verwendet werden

Bitte berichten Sie alle verdächtigen unerwünschten Reaktionen, auch weniger stark ausgeprägte



<p><b>Daten bezüglich betroffener Person:</b></p> <p>Identifikation der betroffenen Person durch Berichterstatter: _____</p> <p>Betroffene Person ist: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> Zahnarztassistent(In)  <input type="checkbox"/> Mundhygieniker(In) <input type="checkbox"/> Zahntechniker <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>Alter: <input type="checkbox"/> unter 20 <input type="checkbox"/> 20-29 <input type="checkbox"/> 30-39 <input type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> 60+</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich</p> <p>Wer hat die Reaktion zuerst festgestellt? <input type="checkbox"/> Betroffene Person  <input type="checkbox"/> Berichterstatter</p> <p>Wann wurde die Reaktion erstmals festgestellt? Monat _____ Jahr _____</p> <p>Wenn die Reaktion nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach dem Kontakt mit zahnärztl. Werkstoffen auftrat, dann wurde diese innerhalb <input type="checkbox"/> einer Stunde <input type="checkbox"/> eines Tages <input type="checkbox"/> einer Woche <input type="checkbox"/> eines Monats  <input type="checkbox"/> Monate bis Jahre <input type="checkbox"/> Zeitraum unbekannt</p> <p>Allgemeine Erkrankungen:</p> <p>Medikamente:</p> <p>Bekannte Allergien:</p>	<p><b>Reaktionen:</b> (objektiv verifizierte und subjektive Symptome)</p> <p style="text-align: right;"><b>Die Reaktionen wurden festgestellt von</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Lokale Reaktionen – intra-oral:</th> <th style="text-align: center;">Patient</th> <th style="text-align: center;">Berichterstatter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lichenoide Reaktionen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erythem</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wunden/Vesikel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atrophie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Läsionen in direktem Mundkontakt:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kommentar: _____</p> <p><b>Reaktionen – Lippen/Gesicht:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Systemische Reaktionen (außerhalb Mundbereich, Lippen, Gesicht):</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	Lokale Reaktionen – intra-oral:	Patient	Berichterstatter	<input type="checkbox"/> Lichenoide Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erythem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wunden/Vesikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokale Reaktionen – intra-oral:	Patient	Berichterstatter																	
<input type="checkbox"/> Lichenoide Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> Erythem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> Wunden/Vesikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> Atrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

<p><b>Beschreibung des Materials:</b> (Bitte geben Sie die Marke und Erzeuger an)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Art der eventuellen ursächlichen Zahnbehandlung:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Beurteilung des Zusammenhanges zwischen Material(ien) und Reaktion(en)</b></p> <p>durch den Berichterstatter:</p> <p><input type="checkbox"/> Wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Möglich  <input type="checkbox"/> Unsicher <input type="checkbox"/> Unwahrscheinlich</p> <p>durch die betroffene Person:</p> <p><input type="checkbox"/> Wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Möglich  <input type="checkbox"/> Unsicher <input type="checkbox"/> Unwahrscheinlich</p> <p><b>Schweregrad der Reaktion:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schwer</p> <p><b>Dauer der Reaktion:</b></p> <p>_____ Stunde(n) _____ Monat(e) _____ Jahr(e)</p>	<p><b>Art des Materials:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Amalgam  <input type="checkbox"/> Komposite  <input type="checkbox"/> Kompomere  <input type="checkbox"/> Glasionomere  <input type="checkbox"/> chemisch <input type="checkbox"/> lichtaktiviert</p> <p><input type="checkbox"/> Bonding - Substanzen ("Primer/IBonder")  <input type="checkbox"/> Ätz - Substanzen  <input type="checkbox"/> Unterfüllungsmaterialien  <input type="checkbox"/> Fissurenversiegler  <input type="checkbox"/> Schutzlacke (z.B. Fluorlacke)  <input type="checkbox"/> Pulpenüberkappungsmaterialien  <input type="checkbox"/> Endodontische Materialien  <input type="checkbox"/> Zemente  <input type="checkbox"/> Wasserbasis <input type="checkbox"/> Kompositbasis</p> <p><input type="checkbox"/> Metall-Keramik  <input type="checkbox"/> Metall/Legierung <input type="checkbox"/> Keramik</p> <p><input type="checkbox"/> Kronen, Brücken, Inlays (keine Metallkeramik)  <input type="checkbox"/> Metall/Legierung <input type="checkbox"/> Kompositbasis  <input type="checkbox"/> Keramik</p> <p><input type="checkbox"/> Materialien für abnehmbaren Zahnersatz  <input type="checkbox"/> Metall/Legierung <input type="checkbox"/> Kompositbasis</p> <p><input type="checkbox"/> Materialien für Kieferorthopädie  <input type="checkbox"/> Metall/Legierung <input type="checkbox"/> Kompositbasis</p> <p><input type="checkbox"/> Materialien für Zahnimplantate  <input type="checkbox"/> Abformmaterialien  <input type="checkbox"/> Hydrokolloide <input type="checkbox"/> Kompositbasis</p> <p><input type="checkbox"/> Materialien für provisorische Versorgungen:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Verbrauchsgüter (z.B. Handschuhe, Kofferdam)</p> <p>_____</p>	<p><b>Zusätzliche Informationen:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Detailinformationen zum Berichterstatter</b> (Bitte in Blockbustaben)</p> <p>Titel: _____</p> <p>Name: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>PLZ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner  <input type="checkbox"/> MundhygienikerIn <input type="checkbox"/> Zahntechniker  <input type="checkbox"/> Dermatologe  <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p>_____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p>Anzahl zusätzlich benötigter Formulare:</p> <p>_____</p>
---	--	--

**Adresse:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kontaktadresse:**

Email: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Webseite: \_\_\_\_\_