

Checkliste für allergische Reaktionen

Patienten Information

Patienten-Nr

Name

Geburtsdatum ____ - ____ - ____ oder Alter _____ Geschlecht ♀ ♂ ♂

Allergien

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Bitte Ankreuzen Heuschnupfen Latex Hausstaubmilben

Lebensmittelallergien (Bitte auflisten)

Arzneimittelallergien (Bitte auflisten)

Haustierallergien (Bitte auflisten)

Andere Allergien (Bitte auflisten)

Produkt Information

Produktname

Produktkatalog

Charge

Seriennummer

Vorfall Information

Datum des Vorfalls ____ - ____ - ____

Einheilzeit nach Implantation

Zeit bis zur Einheilphase nach Beendigung der Behandlung

Betroffene Zahnregionen

Spezifische Symptome *(Beispiele: Ausschlag im Gesicht, Anschwellen der Lippen, Brennen im Mund)*

Medizinische Behandlung aufgrund allergischer Reaktion Ja Nein

Wenn ja, Beschreibung der Behandlung

Symptome aufgrund anderer Aktivitäten des Patienten? Ja Nein

Material der vom Zahnarzt/Hygieniker verwendeten Handschuhe? Latex Vinyl Sonstige

Pulverbeschichtet? Ja Nein

Wurden Reinigungslösungen verwendet? Ja Nein

Wenn Ja, welche

Wurde der Patient auf Allergien gegen das Produkt getestet? Ja Nein

Testmethode

Ergebnisse

Datum

Unterschrift