

# Dokumentationsblatt „Implantatallergie“

[Zur verschlüsselten Eingabe in das Implantatallergie-Register]  
bei Rückfragen [Implantatallergie.Derma@med.uni-muenchen.de](mailto:Implantatallergie.Derma@med.uni-muenchen.de) oder Tel: 089/5160-6175

An das  
Implantatallergie-Register  
c/o PD Dr. P. Thomas  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie  
und Allergologie der LMU München  
Frauenlobstr. 9-11  
80337 München

Datum:  
Meldender Arzt/Ärztin: Adresstempel (Tel. / E-Mail)

## Patient

Initialen (Name, Vorname):

weibl.  männl.

Geburtsdatum: T M J

## Materialparameter

Osteosynthese- / Implantatmaterial (Handelsname):

Zement:  nein  ja

Sonstige Materialien:

Eingesetzt seit:

Lokalisation:

## Patientenparameter

Symptome/klinische Befunde:

Schmerzen:  nein  ja

Juckreiz:  nein  ja

Erguß:  nein  ja

Schwellung:  nein  ja

Rötung:  nein  ja

Ekzem:  Implantatbereich

gestörte Wund-/Frakturheilung:  nein  ja

Lockerung:  nein  ja

generalisiert

Infektverdacht:  nein  ja

Sonstiges:

Labor- / Apparative Untersuchung:

Bakteriologie:  nein  ja, Keimnachweis:.....aus (Material).....

Röntgen:  nein  ja, Ergebnis:

Entzündungsparameter:  nein  ja, Ergebnis:

## Allergiediagnostik

Vorbekannte Allergien /Komplikationen:

Heuschnupfen:  nein  ja

Asthma:  nein  ja

Neurodermitis:  nein  ja

Kontaktallergie:  nein  ja

Allergiepaß  nein  ja

Eintragungen:.....durch.....

aktueller Pricktest:  nein  ja

Datum:..... Reaktion  nein  ja, auf.....

aktueller Epikutantest:  nein  ja

Datum:..... Reaktion  nein  ja, auf.....

Lymphozytentransformationstest:  nein  ja

Ergebnis:

Histologie:  nein  ja

Ergebnis:

Immunhistologie:  nein  ja

Ergebnis:

IgE-Diagnostik:  nein  ja

Ergebnis:

Kommentar: