Bei Schraubenbruch bitte nur mit * gekennzeichnete Abschnitte ausfüllen

GARANTIEFORMULAR
Implantologie

1. Kundeninformationen *

Name des Arztes: _____ Kundennummer: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

_____ Email: _____

_____ Dokumentiert von: _____

2. Produktinformationen *

REF Nr. Implantat:	LOT Nr. Implantat:	Eingesetzt am:	Entfernt am:	Regio:
		T T M M J J	T T M M J J	
		T T M M J J	T T M M J J	
		T T M M J J	T T M M J J	

3. Patienteninformationen

Patienten ID: _____ Alter: _____ ☐ W ☐ M

Knochendichte ☐ D1 ☐ D2 ☐ D3 ☐ D4 Raucher? ☐ Nein ☐ Ja

Krankengeschichte:

- ☐ Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Lymphstörung
- ☐ Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich
- ☐ Immunologische Erkrankungen
- ☐ Andere relevante Erkrankungen: _____
- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ Kompromittierte Immunresistenz
- ☐ Nicht beh. endokrine Erkrankungen
- ☐ Xerostomie
- ☐ Bekannte Allergien: _____
- ☐ Chemotherapie bei Implantation
- ☐ Kortikosteroidbehandlung
- ☐ Psychische Störungen
- ☐ Keine relevanten Befunde

4. Chirurgische Informationen

Wenn das Implantat am gleichen Tag eingesetzt und entfernt wurde, wurde ein anderes Implantat erfolgreich an dieser Stelle eingebracht? ☐ Nein ☐ Ja LOT: _____

Womit wurde das Implantat eingebracht? ☐ Handrad ☐ Ratsche ☐ Winkelstück Drehmoment: _____ Ncm

Traten Probleme mit dem vormontierten Übertragungsteil auf? ☐ Nein ☐ Ja: _____

Lag zum Zeitpunkt des Eingriffs einer der folgenden Punkte vor? ☐ Komplikation bei Aufbereitung d. Implantatbetts

- ☐ Parodontalerkrankung
- ☐ Erkrankte Schleimhaut
- ☐ Lokale Infektion / Subakute chron. Osteitis

Mit welcher Drehzahl wurde bei der Präparation maximal gearbeitet? _____ min^{-1}

Mit welchem Bohrer wurde final gearbeitet? _____ Ø _____ mm

Wurde das Gewinde vorgeschnitten? ☐ Nein ☐ Ja

War der enossale Bereich vollständig von Knochen bedeckt? ☐ Nein ☐ Ja

Wurde ein Halteschlüssel verwendet? ☐ Nein ☐ Ja

Wurde Primärstabilität erreicht? ☐ Nein ☐ Ja

Wurde Osseointegration erreicht? ☐ Nein ☐ Ja

Wurde bei der Operation eine Augmentation durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

wenn ja: ☐ Sinuslift ☐ Kieferkammverbreiterung Verwendetes Material: _____

Wurde eine Membran verwendet? ☐ Nein ☐ Ja

wenn ja: ☐ Resorbierbar ☐ Nicht resorbierbar Verwendetes Material: _____

5. Informationen zum Vorfall

Wie war die Hygiene um das Implantat? ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mittel ☐ Schlecht

War einer oder mehrere dieser Faktoren am Vorfall beteiligt?

☐ Biomechanische Überlastung ☐ Ungenügende Knochenqualität ☐ Knochenresorption ☐ Sinusperforation
☐ Implantatbruch ☐ Periimplantitis ☐ Sofortimplantation ☐ Infektion
☐ Nervenkompression ☐ Trauma oder Unfall ☐ Überhitzung des Knochens ☐ Bruxismus
☐ Vorherige Knochenaugmentation ☐ Angrenzender endodontisch versorgter Zahn
☐ Sonstiges: _____

Folgendes wurde beim Implantatverlust festgestellt:

☐ Abszess ☐ Instabilität ☐ Asymptomatisch ☐ Schmerzen
☐ Entzündung ☐ Taubheit ☐ Erhöhte Sensibilität ☐ Schwellung
☐ Blutung ☐ Fistel ☐ Überempfindlichkeit

Wurde das Implantat bereits prothetisch versorgt? ☐ Ja (bitte Punkt 6 ausfüllen) ☐ Nein

Warum kam es Ihrer Meinung nach zum Implantatverlust? _____

6. Informationen zur Prothetik

Art der Restauration ☐ Teilprothese (oben) ☐ Teilprothese (unten) ☐ Krone ☐ Brücke
☐ Vollprothese (oben) ☐ Vollprothese (unten) ☐ Sonstige _____

REF Nr. Prothetik: _____ LOT Nr. Prothetik: _____

Sekundärteil eingesetzt am T T M M J J Datum provisorische Versorgung T T M M J J

Datum endgültige Versorgung T T M M J J Datum der Entfernung T T M M J J

Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet? ☐ Ja _____ Ncm ☐ Nein ☐ Nicht bekannt

Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Fallbeschreibung: _____

7. Informationen bei Schraubenbruch *

REF Nr. Aufbau: _____ LOT Nr. Aufbau: _____ Schraubenbruch am T T M M J J Schraubenrest entfernt am T T M M J J

Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet? ☐ Ja _____ Ncm ☐ Nein ☐ Nicht bekannt

Art der Restauration: _____

Fallbeschreibung: _____

8. Instrumente

Ungefähre Anzahl der Anwendungen ☐ Erstmals ☐ 2-5 ☐ 6-10 ☐ >10

Art der Reinigung ☐ Manuell ☐ Ultraschall ☐ Thermodesinfektor

Art der Sterilisation ☐ Autoklavierung ☐ Trockenhitze ☐ Chemieklavierung

Welches Reinigungsmittel wurde eingesetzt: _____

9. Bestätigung *

Alle Produkte, welche zurückgesendet werden, sind zu autoklavieren und als "steril" zu kennzeichnen.

Ergänzen Sie bitte alle notwendigen Angaben der zu reklamierenden Produkte in diesem Garantieformular unter Beachtung der Garantie- bedingungen der Hager & Meisinger GmbH und senden Sie dieses Formular, inkl. der autoklavierten Produkte und evtl. Röntgenbilder an die Hager & Meisinger GmbH zurück. Zur Rücksendung bitte eine gepolsterte Versandtasche verwenden - bei Verlust einzelner Gegenstände während des Versandes erlischt die Garantie.

Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Hager & Meisinger GmbH
Hansemannstr. 10 | 41468 Neuss | Germany
Tel.: +49 2131 2012-0 | Fax: +49 2131 2012-222
Internet: www.meisinger.de | E-mail: info@meisinger.de