

1. Kundeninformationen

Name des Arztes: _____ Kundennummer: _____
 Adresse: _____ Telefon: _____

 Dokumentiert von: _____

2. Produktinformationen

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

3. Patienteninformationen

Patienten ID: _____ Alter: _____ W M
 Knochendichte D1 D2 D3 D4 Raucher? Nein Ja
 Krankengeschichte:
 Alkohol- oder Drogenmissbrauch Blutgerinnungsstörung Chemotherapie bei Implantation
 Diabetes mellitus Kompromittierte Immunresistenz Kortikosteroidbehandlung
 Lymphstörung Nicht beh. endokrine Erkrankungen Psychische Störungen
 Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich Xerostomie Keine relevanten Befunde
 Immunologische Erkrankungen Bekannte Allergien: _____
 Andere relevante Erkrankungen: _____

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?
 Parodontalerkrankung Erkrankte Schleimhaut Komplikation bei Aufbereitung d. Implantatbetts
 Lokale Infektion / Subakute chron. Osteitis
 Mit welcher Drehzahl wurde bei der Präparation maximal gearbeitet? _____ min⁻¹
 Mit welchem Bohrer wurde final gearbeitet? _____
 Wurde das Gewinde vorgeschritten? Ja Nein
 War das Implantat vollständig von Knochen bedeckt? Ja Nein
 Wurde Primärstabilität erreicht? Ja Nein _____ Ncm
 Wurde Osseointegration erreicht? Ja Nein
 Wurde bei der Operation eine Augmentation durchgeführt? Ja Nein wenn ja, bitte näher erläutern:
 _____ Verwendetes Material: _____
 Wurde eine Membran verwendet? Ja Nein
 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?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Biomechanische Überlastung | <input type="checkbox"/> Bruxismus | <input type="checkbox"/> Knochenresorption |
| <input type="checkbox"/> Implantatbruch | <input type="checkbox"/> Periimplantitis | <input type="checkbox"/> Infektion |
| <input type="checkbox"/> Nervenkompression | <input type="checkbox"/> Sinusperforation | <input type="checkbox"/> Sofortimplantation |
| <input type="checkbox"/> Trauma oder Unfall | <input type="checkbox"/> Überhitzung des Knochens | <input type="checkbox"/> Ungenügende Knochenqualität |
| <input type="checkbox"/> Vorherige Knochenaugmentation | <input type="checkbox"/> Angrenzender endodontisch versorgter Zahn | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Folgendes wurde beim Implantatverlust festgestellt

- | | | |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abszess | <input type="checkbox"/> Asymptomatisch | <input type="checkbox"/> Blutung |
| <input type="checkbox"/> Entzündung | <input type="checkbox"/> Erhöhte Sensibilität | <input type="checkbox"/> Fistel |
| <input type="checkbox"/> Instabilität | <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Schwellung |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit | |

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

Warum kam es Ihrer Meinung nach zum Implantatverlust? _____

6. Informationen zur Prothetik

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

Datum der provisorischen Versorgung

Datum der endgültigen Versorgung

Datum der Entfernung

Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet? Ja _____ Ncm Nein Nicht bekannt

Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt? Ja Nein

Fallbeschreibung: _____

7. Instrumente

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

Art der Reinigung Manuell Ultraschall Thermodesinfektor

Art der Sterilisation Autoklavierung Trockenhitze Chemiekavierung

Kurze Beschreibung des Vorfalls _____

8. 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 Garantief formular unter Beachtung der Garantiebedingungen 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: _____