

**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  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  Lokale Infektion / Subakute chron. Osteitis  
 Komplikation bei Aufbereitung d. Implantatbetts  
 Mit welcher Drehzahl wurde bei der Präparation maximal gearbeitet? \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>  
 Mit welchem Bohrer wurde final gearbeitet? \_\_\_\_\_  
 Wurde das Gewinde vorgeschritten?  Nein  Ja  
 War der enossale Bereich vollständig von Knochen bedeckt?  Nein  Ja  
 Wurde ein Halteschlüssel verwendet?  Nein  Ja  
 Wurde Primärstabilität erreicht?  Nein  Ja \_\_\_\_\_ Ncm  
 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  Knochenresorption  Implantatbruch  Infektion  
 Vorherige Knochenaugmentation  Ungenügende Knochenqualität  Sinusperforation  Bruxismus  
 Nervenkompression  Überhitzung des Knochens  Sofortimplantation  Periimplantitis  
 Trauma oder Unfall  Angrenzender endodontisch versorgter Zahn  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Folgendes wurde beim Implantatverlust festgestellt

- Asymptomatisch  Schmerzen  Abszess  Taubheit  Blutung  
 Erhöhte Sensibilität  Instabilität  Fistel  Schwellung  Entzündung  
 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: \_\_\_\_\_

REF Nr. Prothetik: \_\_\_\_\_ LOT Nr. Prothetik: \_\_\_\_\_

Datum der provisorischen Versorgung  T  T  M  M  J  J Datum der Entfernung  T  T  M  M  J  J

Datum der endgültigen Versorgung  T  T  M  M  J  J

Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet?  Ja  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  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 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: \_\_\_\_\_

