

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:

<input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Chemotherapie bei Implantation
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Kompromittierte Immunresistenz	<input type="checkbox"/> Kortikosteroidbehandlung
<input type="checkbox"/> Lymphstörung	<input type="checkbox"/> Nicht beh. endokrine Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Psychische Störungen
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich	<input type="checkbox"/> Xerostomie	<input type="checkbox"/> Keine relevanten Befunde
<input type="checkbox"/> Immunologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Bekannte Allergien: _____	
<input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> Parodontalerkrankung	<input type="checkbox"/> Erkrankte Schleimhaut	<input type="checkbox"/> Komplikation bei Aufbereitung d. Implantatbetts
		<input type="checkbox"/> 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 vorgeschritten? Ja Nein

War der enossale Bereich vollständig von Knochen bedeckt? Ja Nein

Wurde ein Halteschlüssel verwendet? Ja Nein

Wurde Primärstabilität erreicht? Ja Nein

Wurde Osseointegration erreicht? Ja Nein

Wurde bei der Operation eine Augmentation durchgeführt? Ja Nein

Sinuslift Kieferkammverbreiterung 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 _____

Wann wurde das Sekundärteil eingesetzt?

T T M M J J

Datum der provisorischen Versorgung

T T M M J J

Datum der endgültigen 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. 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 Grantieformular 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: _____



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