

Bitte zurücksenden und beilegen: Röntgenaufnahmen - Autoklavierte und versiegelte Implantate - Vollständig ausgefülltes Formular
Nur vollständig ausgefüllte Formulare führen zu einem Ersatz der reklamierten Ware.

I. PATIENTENINFORMATIONEN

Patient (Name oder Nr.): _____

Geburtsdatum: _____

Weiblich

Männlich

Medizinische Daten: Diabetes Mellitus

Psychologische Beschwerden

Unkontrollierte innere Sekretion

Röntgenbelastung im Kopf/Nackenbereich

Xerostomie

Eingeschränkte Immunologie

Chemotherapie zum Zeitpunkt der Implantation

Störung der Blutgerinnung

Einnahme von Steroiden

Beschwerden der Lymphgefäße

Drogen oder Alkoholmißbrauch

Kein Befund

Allergien _____

Raucher

Sonstige örtlichen oder chronischen systematischen Krankheiten, die einen Einfluß auf den Eingriff haben könnten: _____

II. CHIRURGISCHE INFORMATIONEN

Artikelnummer: _____

Lot: _____

Menge: _____

Kundennummer: _____

Implantologe: _____

Behandelnder ZA: _____

OP-Datum: _____ Prothetische Versorgung am: _____ Explantation/Impl. Verlust am: _____

gesetzte Implantate: _____ Verlorene Implantate: _____ Positionen der entfernten Implantate: _____

Bitte beschreiben Sie, warum es Ihrer Meinung nach zum Implantatverlust kam bzw. das Implantat entfernt werden musste:

Knochenqualität: Type I

Type II

Type III

Type IV

Verlustzeitpunkt in Bezug auf die Implantation:

vor prothetischer Versorgung

bis 1 Jahr nach prothetischer Versorgung

nach 1 bis 5 Jahren prothetischer Versorgung

Primärstabilität erreicht? JA NEIN

War das Implantat osseointegriert? JA NEIN

War vor oder während der Behandlung eine Augmentation erforderlich? JA NEIN Wenn „JA“ welche?: _____

Nur bei Implantatentfernung: Wenn ein Implantat gesetzt und während der OP wieder entfernt wurde, konnte ein anderes Implantat erfolgreich gesetzt werden? JA NEIN Wenn „JA“ welches? Artikelnummer: _____ LOT: _____

Wurde eines der folgenden Probleme während des Eingriffs festgestellt?:

Traum/Unfall

Implantatbruch

Unzureichende Knochenqualität

Biomechanische Überbelastung

Schlechte Oral Hygiene

Augmentation im Vorfeld - Datum: _____

Knochenüberhitzung

Sofortige Explantation

Angrenzende wurzelbehandelte Zähne

Nervenbehandlung

Peri-Implantitis

Infektion

Siunslift

Sonstige _____

Frühzeitige Belastung/Beanspruchung:

Provisorische Versorgung Zunge

Bruxismus

Finale Versorgung

Sonstige: _____

Zur Zeit des Implantatverlustes lag vor (bitte alle angeben):

Schmerzen

Blutung

Schwellung

Taubheitsgefühl

Beweglichkeit

Fistel

Asymptomatik

Sonstige _____

Unterschrift/Stempel des Arztes:

Datum: _____