

Verlustbogen für Implantate und nicht osseintegrierte Implantate

Entsprechend der regulatorischen Anforderungen ist es erforderlich, Informationen über Reklamationen zu unseren Produkten zu dokumentieren. Der Verlustbogen ist vollständig zu ergänzen und innerhalb von 90 Tagen nach Verlust einzureichen.

Rücksendung: Bitte Fragebogen und Röntgenbilder sowie autoklavierte, versiegelte Implantate in gepolsterter Versandtasche zurücksenden.

1 Praxisinformation

Name der Praxis _____ Kundennummer _____ Implantologe _____

2 Informationen zu Verlustimplantaten und Zeitangaben

Artikelnummer _____ Lot. Nr. _____ OP-Datum (TT/MM/JJJJ) _____ Regio _____ Sofortimplantation

Provisorische Versorgung (TT/MM/JJJJ) _____ Finale Versorgung (TT/MM/JJJJ) _____ Explantation/Verlust (TT/MM/JJJJ) _____

3 Informationen zum Patienten

Patientennummer _____ Geburtsdatum _____ weiblich männlich

Medizinische Daten

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Immunologie |
| <input type="checkbox"/> Röntgenbelastung im Kopf-/Nackenbereich | <input type="checkbox"/> Psychologische Beschwerden | <input type="checkbox"/> Drogen- oder Alkoholmissbrauch |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie zum Zeitpunkt der Implantation | <input type="checkbox"/> Xerostomie | <input type="checkbox"/> Einnahme von Steroiden |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden der Lymphgefäße | <input type="checkbox"/> Störung der Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> Kein Befund |
| <input type="checkbox"/> Unkontrollierte innere Sekretion | <input type="checkbox"/> Allergien: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige örtliche oder chronische systemische Krankheiten, die einen Einfluss auf den Eingriff haben könnten: _____ | | |

4 Chirurgische Informationen

Beschreibung des Problems

- Wurde Primärstabilität erreicht?** Ja Nein
War das Implantat osseointegriert? Ja Nein
Wurde ein Condenser verwendet? Ja Nein
Implantatinserterion mit Ratsche Winkelstück

Knochenqualität Typ I Typ II Typ III Typ IV

Eindrehmoment in Ncm _____

War vor oder während der Behandlung eine Augmentation erforderlich? Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Wenn OP- und Explantationsdatum gleich sind, konnte ein anderes Implantat erfolgreich gesetzt werden? Ja Nein

Wenn ja: Artikelnummer _____ Lot _____

Wurde eines der folgenden Probleme während des Eingriffs festgestellt?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma/Unfall | <input type="checkbox"/> Implantatbruch | <input type="checkbox"/> Unzureichende Knochenqualität |
| <input type="checkbox"/> Biochemische Überbelastung | <input type="checkbox"/> Schlechte Oralhygiene | <input type="checkbox"/> Augmentation im Vorfeld (Datum) _____ |
| <input type="checkbox"/> Knochenüberhitzung | <input type="checkbox"/> Sofortige Explantation | <input type="checkbox"/> Angrenzende wurzelbehandelte Zähne |
| <input type="checkbox"/> Nervenbehandlung | <input type="checkbox"/> Peri-Implantitis | <input type="checkbox"/> Infektion |
| <input type="checkbox"/> Sinuslift | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |

Zur Zeit des Implantatverlustes lag vor (bitte alles angeben)

Schmerzen Blutung Schwellung Taubheitsgefühl Beweglichkeit Fistel Asymptomatik Sonstige

5 Information zur Prothetik und Belastung/Beanspruchung

- | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Provisorische Versorgung | <input type="checkbox"/> Finale Versorgung | <input type="checkbox"/> Herausnehmbarer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Krone | <input type="checkbox"/> Teleskop |
| <input type="checkbox"/> Zunge | <input type="checkbox"/> Bruxismus | <input type="checkbox"/> Sofortbelastung | <input type="checkbox"/> Brücke | |

Wurde ein Originalabutment verwendet? Nein Ja Wenn ja, Artikelnummer _____ Lot _____

Unterschrift/Stempel des Arztes _____ **Datum** _____