FRAGEBOGEN - GEWÄHRLEISTUNGSANSPRUCH

BIOHORIZONS IMPLANT SYSTEMS, INC.

Bitte rufen Sie den BioHorizons Kundenservice unter der unten aufgeführten Nummer an, um die Rückgenehmigungsnummer anzufordern.

CAMLOG Vertriebs GmbH
Maybachstr. 5
D-71299 Wimsheim
Tel.: +49-(0)7044-9445 150 Fax +49-(0)800-9445 000

Praxisstempel + Unterschrift

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

HINWEIS: Um Ihren Anspruch auf kostenlosen Garantieersatz bearbeiten zu können, müssen Sie BioHorizons das **(1) Implantat und die genaue Chargennummern (2) mit Röntgenbild des Patienten und (3) die Reklamation binnen 90 Tagen nach Explantation zukommen lassen.** Diese Informationen sind zur Feststellung Ihres Anspruchs unerlässlich. **Produkte unter Gewährleistung MÜSSEN in einer Tasche eingesandt werden, die nach den amtlichen Verordnungen zum Transport biogefährlicher Produkte VOR dem Versand sterilisiert worden ist.** Bitte vervollständigen Sie dieses Formular und reichen Sie es **zusammen mit dem Produkt binnen 7 Tagen** an uns zurück. Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit!

Datum (TT/MM/JJ) _____ **Kunden Nr.** _____ **Name des Arztes** _____

Dentalprotokoll Nr. _____ **Geburtsdatum** _____ ☐ **M** ☐ **W** **Körpergewicht** _____

Art. Nr./Ref. Nr.: _____ **Lot Nr.:** _____
(z.B. TLX3810, TLR4609 oder TLXP3812, PGR40105 usw.) (z.B. 1301669 oder 1204823 oder 1105621 usw.)

Produktbeschreibung: _____

Datum der Implantation (TT/MM/JJ): _____ **Implantat entnommen am (TT/MM/JJ):** _____

Sind schwere Verletzungen entstanden? ☐ **TOD** ☐ **LEBENSBEDROHLICH** ☐ **PERMANENTE SCHÄDIGUNG** ☐ **KEINE**

WURDE IMPLANTAT PROTH. VERSORGT? ☐ NEIN ☐ JA **WENN JA:** ☐ PROVISORISCH ☐ PERMANENT

WURDE IMPLANTAT SOFORT VERSORGT? ☐ NEIN ☐ JA **RÖNTGENBILD BEIGELEGT:** ☐ NEIN ☐ JA

PATIENT - GESUNDHEITSPROFIL (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Anämie	☐ Herzkranzarterienerkrankung	☐ Hypertonie (kontrolliert)	☐ Osteopetrose
☐ Antikoagulans-Therapie	☐ Herzkranzklappenerkrankung	☐ Hypertonie (unkontrolliert)	☐ Parkinson's Disease
☐ Asthma	☐ Diabetes	☐ Immunreaktionsdefizienz	☐ Polyzythämie Vera
☐ Knochenerkrankung	☐ Emphysem	☐ Immunosuppressionstherapie	☐ Psychiatrische Erkrankung
☐ Neoplasma, gutartig	☐ Endokrine Erkrankung	☐ Bestrahlungstherapie	☐ Psychologische Störung
☐ Neoplasma, bösartig	☐ Faser-Knochenerkrankung	☐ Leukämie	☐ Purpura
☐ Bronchitis	☐ Granulozytopenie	☐ Lebererkrankung	☐ Nierenerkrankung
☐ Chemotherapie	☐ Hämophilie	☐ Geistige Retardierung	☐ Rheumat. Herzerkrankung
☐ Kollagenose	☐ Hepatitis	☐ Osteomyelitis	☐ Sichelzellenanämie
☐ Kongestives Herzversagen	☐ Huntington's Disease	☐ Osteoporose	☐ Andere (bitte angeben):

PATIENT - ORALHYGIENE NACH ZAHNFLEISCH-GESUNDHEITSINDEX (1 Zustand ankreuzen)

☐ **Zustand 1:** Normal	☐ **Zustand 2:** Leichte Entzündung, Leichte Verfärbung, Leichtes Ödem, Keine Blutung	☐ **Zustand 3:** Mäßige Entzündung, Rötung, Ödem und Glasigkeit, Blutung bei Sondierung	☐ **Zustand 4:** Schwere Entzündung, Ausgeprägte Rötung, Ödeme, Ulkus, Spontan

PATIENT - PARAFUNKTIONAL KONTRAINDIZIERTE ZUSTÄNDE ODER GEWOHNHEITEN (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Tabakkonsum	☐ Verminderte Mundhygiene	☐ Exzessives Kauen/Beißen	☐ Lispelzunge
☐ Alkoholkonsum	☐ Bruxismus	☐ Stoßzunge	☐ Andere

PATIENT - KNOCHENQUALITÄT (Bitte eine Option ankreuzen)

☐ **D1** Überwiegend dicker Kortikalknochen	☐ **D2** Dicker Kortikalknochen um schwammigen Knochen	☐ **D3** Dünner Kortikalknochen um schwammigen Knochen mittlerer Dichte	☐ **D4** Dünner Kortikalknochen um schwammigen Knochen geringer Dichte

PATIENT - KNOCHENMORPHOLOGIE (Bitte eine Option ankreuzen)

☐ Kein bis minimaler Knochenschwund	☐ Mäßiger Zahnfachknochen-schwund	☐ Fortschreitende schwere Resorption in Basalknochen	☐ Schwere Knochenresorption, nur Basalknochen verbleibend

BITTE GEBEN SIE AN, WAS DIE HAUPTURSACHE DER IMPLANTATENTNAHME WAR (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

☐ Ungenüg. Knochenqualität bzw. -quantität	☐ Peri-Implantitis	☐ Implantatbelastung
☐ Ungenügende Mundhygiene	☐ Schmerzen	☐ Trauma (Verletzung oder Unfall)
☐ Gesundheitsfaktoren des Patienten	☐ Parästhesie oder Taubheit	☐ Implantat gebrochen/gerissen ☐ Okklusion

Andere (bitte angeben): _____

Nachbehandlung: _____