CAMLOG® SYSTEM CONELOG® SYSTEM CERALOG® SYSTEM This is iSy camlog

# Reklamationsformular für „Implantate" und „nicht osseointegrierte Implantate"

Um die internationalen regulatorischen Anforderungen einzuhalten, ist es erforderlich Informationen über die Reklamation einzuholen.
Bitte senden Sie uns die Reklamation innerhalb von 90 Tagen zurück. Nur vollständig ausgefüllte Formulare führen zu einem Ersatz der reklamierten Ware.

**Bitte Rücksendung ergänzen mit: Röntgenaufnahme • Autoklavierte versiegelte Implantate • Vollständiges Formular**

## I. ALLGEMEINE PATIENTENINFORMATIONEN

Patientennummer: _____ Geburtsdatum: _____ ☐ weiblich ☐ männlich

**Medizinische Daten:**

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

## II. CHIRURGISCHE INFORMATIONEN

Artikelnummer: _____ Lot: _____ Menge: _____

Kundennummer: _____ Implantologe: _____ Behandelnder Zahnarzt: _____

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

# gesetzte Implantate: _____ # verlorene Implantate: _____ Positionen der entfernten Implantate: _____

**Beschreibung des Problems:** _____

**Wurde Primärstabilität erreicht?** ☐ Ja ☐ Nein

**War das Implantat osseointegriert?** ☐ Ja ☐ Nein

**Wurde Gewindeschneider verwendet?** ☐ Ja ☐ Nein

**Knochenqualität:** ☐ Typ I ☐ Typ II ☐ Typ III ☐ Typ IV

**Implantatinsertion mit:** ☐ Ratsche ☐ Winkelstück

**War vor oder während der Behandlung eine Augmentation erforderlich?** ☐ Ja ☐ Nein Wenn „Ja", welche? _____

**<u>Wenn OP- und Explantationsdatum gleich sind:</u> konnte ein anderes Implantat erfolgreich gesetzt werden?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja": Artikelnummer: _____ Lot: _____

**Wurde eines der folgenden Probleme während des Eingriffs festgestellt?**

☐ Trauma/Unfall
☐ Biomechanische Überbelastung
☐ Knochenüberhitzung
☐ Nervenbehandlung
☐ Sinuslift
☐ Implantatbruch
☐ Schlechte Oral-Hygiene
☐ Sofortige Explantation
☐ Peri-Implantitis
☐ Sonstige: _____
☐ Unzureichende Knochenqualität
☐ Augmentation im Vorfeld (Datum: _____)
☐ Angrenzende wurzelbehandelte Zähne
☐ Infektion

**Belastung/Beanspruchung:**

☐ Krone ☐ Brücke
☐ Provisorische Versorgung ☐ Zunge
☐ Finale Versorgung ☐ Bruxismus
☐ Herausnehmbarer Zahnersatz ☐ Sofortbelastung

**Wurde ein Originalabutment verwendet?** ☐ Ja ☐ Nein Wenn „Ja": Artikelnummer: _____ Lot: _____

**Zur Zeit des Implantatverlustes lag vor (bitte alles angeben):**

☐ Schmerzen ☐ Blutung ☐ Schwellung ☐ Taubheitsgefühl ☐ Beweglichkeit ☐ Fistel ☐ Asymptomatik ☐ Sonstige

## III. ZUSATZINFORMATIONEN BEI CERALOG®

**Falls das Implantat epicrestal gesetzt wurde, ist ein Knochenprofilbohrer verwendet worden?** ☐ Ja ☐ Nein

**Einheilung des Implantates:** ☐ Geschlossene Heilung ☐ Offene Heilung **Eindreh-Drehmoment (Ncm):** _____

**Unterschrift / Stempel des Arztes (erforderlich):** _____ **Datum:** _____