

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:

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

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? _____

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"/> Biomechanische Überbelastung | <input type="checkbox"/> Schlechte Oral-Hygiene | <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: _____ | |

Belastung/Beanspruchung: Provisorische Versorgung Finale Versorgung Herausnehmbarer Zahnersatz
 Krone Brücke Zunge Bruxismus 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:** _____