

Garantieformular

Kundeninformationen

Name	Kundennummer
	Telefon
Anschrift	Land

Produktinformationen (bitte alle betroffenen Biodenta-Produkte auflisten)

Referenznummer	Lot Nummer	Eingesetzt am (TT/MM/JJ)	Entfernt am (TT/MM/JJ)	Stellen entfernter Implantate
----------------	------------	-----------------------------	---------------------------	----------------------------------

Allgemeine Informationen zum Patienten

Patienten ID	Alter	W	M
--------------	-------	---	---

Krankengeschichte:

Xerostomie	Kortikosteroidbehandlung	Nicht behandelte endokrine Erkrankung
Kompromitierte Immunrestistenz	Diabetes mellitus	Alkohol- / Drogenmissbrauch
Strahlentherapie Kopf / Halsbereich	Lymphstörungen	Psychische Störungen
Chemotherapie zur Zeit der Implantation	Blutgerinnungsstörung	

Raucht der Patient mehr als eine Packung Zigaretten pro Tag?	Ja	Nein
--	----	------

Allergien:

Andere relevante Erkrankungen:

Keine relevanten Befunde

Implantatmisserfolg – Chirurgische Informationen

Manuelle Einbringung	Mit Handstück-Adapter
----------------------	-----------------------

Wenn das Implantat am gleichen Tag eingesetzt und wieder entfernt wurde, wurde ein anderes Implantat während des Eingriffs erfolgreich an der Stelle eingebracht?	Ja	Nein
---	----	------

Lag zum Zeitpunkt des Eingriffs einer der folgenden Punkte vor:

Parodontalerkrankung	Erkrankte Schleimhaut			
Lokale Infektion / subakute chronische Osteitis	Komplikation bei der Aufbereitung des Implantatbetts			
Probleme bei Knochenqualität	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV

Traten beim vormontierten Übertragungsteil Probleme auf:

Einbringung des Implantats in den Knochen	Entnahme des Implantats aus dem Träger
Entfernung des Übertragungsteils vom Implantat	Andere:

Gewinde vorgeschritten?	Ja	Nein	Nicht zutreffend
-------------------------	----	------	------------------

Primärstabilität erreicht?	Ja	Nein
----------------------------	----	------

Osseointegration des Implantats erreicht?	Ja	Nein
---	----	------

Oberfläche vollständig von Knochen bedeckt?	Ja	Nein
---	----	------

Wurde während der Operation eine Augmentation durchgeführt?

Nein	Kieferkamm	Sinus	Verwendetes Material:
------	------------	-------	-----------------------

Wurde eine GTR-Membran verwendet?

Nein	Ja	Resorbierbar	Nicht resorbierbar	Verwendetes Material:
------	----	--------------	--------------------	-----------------------

Weitere Informationen

Hygiene um das Implantat sehr gut gut mittel mangelhaft

Waren einer oder mehrere der folgenden Punkte beteiligt?

Nervenkompression	Peri-Implantitis	Angrenzender endodontisch versorgter Zahn
Infektion	Biomechanische Überlastung	Ungenügende Knochenqualität / -quantität
Sofortimplantation	Trauma / Unfall	Vorhergehende Knochenaugmentation
Implantatbruch	Überhitzung des Knochens	Zunge
Sinusperforation	Bruxismus	Andere:

Beim Implantatverlust wurde folgendes festgestellt (bitte Zutreffendes angeben):

Schmerzen	Blutung	Schwellung	Taubheit
Instabilität	Fistel	Asymptomatisch	Andere:

Wurde die Prothetik eingegliedert? Nein Ja Wenn ja, füllen Sie bitte den Abschnitt Informationen zur Prothetik aus.

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

Informationen zur Prothetik

Art der Prothetik?	Krone	Brücke	Teilprothese (oben)	Teilprothese (unten)
	Vollprothese (oben)	Vollprothese (unten)	Teleskop	Andere:

Wann wurde das Sekundärteil eingesetzt?

Datum der Entfernung des Sekundärteils:

Wurde das Drehmoment gemessen?	Ja	Nein	Nicht bekannt	Anzugsmoment:	Ncm
--------------------------------	----	------	---------------	---------------	-----

Datum der provisorischen Versorgung:	Datum der endgültigen Versorgung:
--------------------------------------	-----------------------------------

Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt?	Ja	Nein
---	----	------

Kommentar:

Instrumente (bei Rückgabe von Instrumenten ausfüllen)

Ungefähre Zahl der Anwendungen: (nur schneidende Instrumente)	erstmaliger Gebrauch	2-5	6-10	10-15	über 15
--	----------------------	-----	------	-------	---------

Art der Reinigung	Manuell	Thermodesinfektion	Ultraschall	Andere:
-------------------	---------	--------------------	-------------	---------

Art der Sterilisation	Autoklavierung	Chemiklavierung	Trockenhitze
-----------------------	----------------	-----------------	--------------

Kurze Beschreibung des Vorfalls:

Bitte dieses Formular, autoklaviertes Produkt und Röntgenbilder (wie zutreffend) zurücksenden.

Für die Rücksendung eine gepolsterte Versandtasche verwenden – andernfalls können einzelne Gegenstände beim Versand beschädigt werden. Die Garantie wird in diesem Falle erlöschen.

Alle Produkte **autoklavieren** und als „steril“ kennzeichnen.

Unterschrift des Kunden:

Datum: