

## DOKUMENTATIONSBOGEN IMPLANTOLOGIE

Ihre Informationen sind wichtig! Um die Sicherheit unserer Medizinprodukte dauerhaft zu gewährleisten und zu verbessern, benötigen wir Ihre Unterstützung. **Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus, da wir Ihre Reklamation ansonsten nicht bearbeiten können!**

### Angaben zum behandelnden Arzt:

Zahnarzt     Oralchirurg     MKG

Adresse: \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Art des Vorkommnisses:

Implantat nicht primärstabil     Implantat nicht osseointegriert     Implantatfraktur

sonstige Reklamation: \_\_\_\_\_

**Bei Implantatfrakturen bitte Röntgenbild mit der Prothetik in situ einsenden!**

### Implantat / Artikel:

Regio: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_ Chargen/Lotnummer: \_\_\_\_\_

Regio: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_ Chargen/Lotnummer: \_\_\_\_\_

Regio: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_ Chargen/Lotnummer: \_\_\_\_\_

Regio: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_ Chargen/Lotnummer: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten:

w     m    Patienten-ID: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Datum der Insertion: \_\_\_\_\_ Datum des Verlustes: \_\_\_\_\_

gesetzte Implantate: \_\_\_\_\_ verlorene Implantate: \_\_\_\_\_

### Patientenhistorie:

Mundhygiene:     gut     durchschnittlich     schlecht

Alkohol     Raucher     Diabetes     Bruxismus     Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich

Chemotherapie z. Z. der Implantation     Psychische Störungen     Kompromittierte Immunresistenz     Blutgerinnungsstörung

Allergien \_\_\_\_\_     Andere Erkrankungen \_\_\_\_\_

Knochenqualität:  Typ I     Typ II     Typ III     Typ IV    Wurde ein Gewindeschneider verwendet?  ja     nein

**Augmentation:**

präoperativ ( \_\_\_Wochen)    zeitgleich    autologer Knochen    keine Augmentation

Knochenersatzmaterial: \_\_\_\_\_  Membran: \_\_\_\_\_

**Implantation:**

Sofortimplantat    verzögerte Implantation nach \_\_\_ Wochen    Spätimplantation

Sofortversorgung    Sofortbelastung

**Prothetische Versorgung:**

ja   Datum: \_\_\_\_\_

Einzelkrone    Brücke \_\_\_-gliedrig    verblockte Einzelkronen    Teleskope    Stegversorgung    Lucky-Lock Versorgung

nein

**Bei Implantatverlust wurde folgendes festgestellt:**

Schmerzen

Blutung

Schwellung

Taubheit

Instabilität

Fistel

Asymptomatisch

Entzündung

Überempfindlichkeit

Abszess

Anderes: \_\_\_\_\_

**Wie und aus welchem Grund kam es Ihrer Meinung nach zu dem Vorfall?**

---

---

---

**Bitte teilen Sie uns mit welches Implantat bzw. prothetische Bauteil Sie als Ersatz wünschen:**

Artikelnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Nur für interne Zwecke:**

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_ Fallbericht-Nr.: \_\_\_\_\_ Re-Nr.: \_\_\_\_\_

## IHR VERSANDETIKETT

**Bitte verwenden Sie das unten stehende Versandetikett, da die Lieferung sonst nicht bearbeitet werden kann und vernichtet werden muss.**

### Ihre und unsere Sicherheit ist uns wichtig!

Deshalb bitte die gereinigten Artikel in geeignete Folie einschweißen, sterilisieren und diese – unbedingt in einem gepolsterten Umschlag/Paket verpackt – an  
**Medical Instinct<sup>®</sup> Deutschland GmbH, Graseweg 24, 37120 Bovenden** senden.

**Absender**

---

---

---

---

Bitte  
ausreichend  
frankieren



**Medical Instinct<sup>®</sup> Deutschland GmbH**

**Graseweg 24  
37120 Bovenden**