

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: _____ Art-Nr.: _____ Chargen/Lot-Nr.: _____ U/Min: _____ Ncm: _____

Regio: _____ Art-Nr.: _____ Chargen/Lot-Nr.: _____ U/Min: _____ Ncm: _____

Regio: _____ Art-Nr.: _____ Chargen/Lot-Nr.: _____ U/Min: _____ Ncm: _____

Regio: _____ Art-Nr.: _____ Chargen/Lot-Nr.: _____ U/Min: _____ Ncm: _____

Instrumente und Werkzeuge:

Welcher Bohrer wurde final genutzt: _____

Ungefähre Anzahl der Anwendungen (nur bei schneidenden Instrumenten):

erstmaliger Gebrauch 2-5 6-10 11-15 über 15

Angaben zum Patienten:

w m Patienten-ID: _____ Alter: _____

Datum der Insertion: _____ Datum des Verlustes: _____

gesetzte Implantate: _____ verlorene Implantate: _____

Patientenhistorie:

Mundhygiene: gut durchschnittlich schlecht

keine Kontraindikation 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 Interimsimplantate verwendet

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: _____

Sind gesundheitliche Beeinträchtigungen des Patienten aufgetreten? ja nein

Wenn ja, in welcher Form? _____

Eingeleitete medizinische Nachbehandlung _____

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® Deutschland GmbH, Graseweg 24, 37120 Bovenden** senden.

Absender

Bitte
ausreichend
frankieren



Medical Instinct® Deutschland GmbH

**Graseweg 24
37120 Bovenden**