

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

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