

Verlustbogen für Implantate und nicht osseointegrierte Implantate

Entsprechend der regulatorischen Anforderungen ist es erforderlich, Informationen über Reklamationen zu unseren Produkten zu dokumentieren. Der Verlustbogen ist vollständig zu ergänzen und innerhalb von 90 Tagen nach Verlust einzureichen.

Rücksendung: Bitte Fragebogen und Röntgenbilder sowie autoklavierte, versiegelte Implantate in gepolsterter Versandtasche zurücksenden.

Bei Verwendung von Fremdbauteilen oder laborseitigen Eigenanfertigungen ohne unsere Systemkomponenten ist eine Erstattung ausgeschlossen!

1 Praxisinformation

Name der Praxis _____ Kundennummer _____ Implantologe _____

2 Informationen zu Verlustimplantaten und Zeitangaben

Artikelnummer _____ Lot. Nr. _____ OP-Datum (TT/MM/JJJJ) _____ Regio _____ Sofortimplantation ☐

Provisorische Versorgung (TT/MM/JJJJ) _____ Finale Versorgung (TT/MM/JJJJ) _____ Explantation/Verlust (TT/MM/JJJJ) _____

Aufbau: Artikelnummer _____ Lot. Nr. _____

3 Informationen zum Patienten

Patientennummer _____ Geburtsdatum _____ ☐ weiblich ☐ männlich

Medizinische Daten

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

4 Chirurgische Informationen

Beschreibung des Problems

- Wurde Primärstabilität erreicht?** ☐ Ja ☐ Nein
War das Implantat osseointegriert? ☐ Ja ☐ Nein
Wurde ein Condenser verwendet? ☐ Ja ☐ Nein
Implantatinseration mit ☐ Ratsche ☐ Winkelstück

Knochenqualität ☐ Typ I ☐ Typ II ☐ Typ III ☐ Typ IV

Eindrehmoment in Ncm _____

War vor oder während der Behandlung eine Augmentation erforderlich? ☐ Nein ☐ Ja 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 |
| ☐ Biochemische Überbelastung | ☐ Schlechte Oralhygiene | ☐ Augmentation im Vorfeld (Datum) _____ |
| ☐ Knochenüberhitzung | ☐ Sofortige Explantation | ☐ Angrenzende wurzelbehandelte Zähne |
| ☐ Nervenbehandlung | ☐ Peri-Implantitis | ☐ Infektion |
| ☐ Sinuslift | ☐ Sonstige _____ | |

Zur Zeit des Implantatverlustes lag vor (bitte alles angeben)

☐ Schmerzen ☐ Blutung ☐ Schwellung ☐ Taubheitsgefühl ☐ Beweglichkeit ☐ Fistel ☐ Asymptomatik ☐ Sonstige

5 Information zur Prothetik und Belastung/Beanspruchung

- | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Provisorische Versorgung | ☐ Finale Versorgung | ☐ Herausnehmbarer Zahnersatz | ☐ Krone | ☐ Teleskop |
| ☐ Zunge | ☐ Bruxismus | ☐ Sofortbelastung | ☐ Brücke | |

Wurde ein Originalabutment verwendet? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, Artikelnummer _____ Lot _____

Unterschrift/Stempel des Arztes _____ **Datum** _____