

### 1. Kundeninformationen \*

Name des Arztes: \_\_\_\_\_ Kundennummer: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dokumentiert von: \_\_\_\_\_

### 2. Produktinformationen

REF Nr.:	LOT Nr.:	Eingesetzt am:	Entfernt am:	Regio:
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	T T M M _ _ _	T T M M _ _ _	_ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	T T M M _ _ _	T T M M _ _ _	_ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	T T M M _ _ _	T T M M _ _ _	_ _

### 3. Patienteninformationen

Patienten ID: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  W  M  
 Knochendichte  D1  D2  D3  D4 Raucher?  Nein  Ja

Krankengeschichte:

<input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Chemotherapie bei Implantation
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Kompromittierte Immunresistenz	<input type="checkbox"/> Kortikosteroidbehandlung
<input type="checkbox"/> Lymphstörung	<input type="checkbox"/> Nicht beh. endokrine Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Psychische Störungen
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich	<input type="checkbox"/> Xerostomie	<input type="checkbox"/> Keine relevanten Befunde
<input type="checkbox"/> Immunologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Bekannte Allergien: _____	
<input type="checkbox"/> Andere relevante Erkrankungen: _____		

### 4. Chirurgische Informationen

Wenn das Implantat am gleichen Tag eingesetzt und entfernt wurde, wurde ein anderes Implantat erfolgreich an dieser Stelle eingebracht?  Nein  Ja LOT: \_\_\_\_\_

Womit wurde das Implantat eingebracht?  Handrad  Ratsche  Winkelstück Drehmoment: \_\_\_\_\_ Ncm

Traten Probleme mit dem vormontierten Übertragungsteil auf?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Lag zum Zeitpunkt des Eingriffs einer der folgenden Punkte vor?

<input type="checkbox"/> Parodontalerkrankung	<input type="checkbox"/> Erkrankte Schleimhaut	<input type="checkbox"/> Komplikation bei Aufbereitung d. Implantatbetts	<input type="checkbox"/> Lokale Infektion / Subakute chron. Osteitis
---	--	--	--

Mit welcher Drehzahl wurde bei der Präparation maximal gearbeitet? \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>

Mit welchem Bohrer wurde final gearbeitet? \_\_\_\_\_ Ø \_\_\_\_\_ mm

Wurde das Gewinde vorgeschritten?  Nein  Ja

War der enossale Bereich vollständig von Knochen bedeckt?  Nein  Ja

Wurde ein Halteschlüssel verwendet?  Nein  Ja

Wurde Primärstabilität erreicht?  Nein  Ja

Wurde Osseointegration erreicht?  Nein  Ja

Wurde bei der Operation eine Augmentation durchgeführt?  Nein  Ja

wenn ja:  Sinuslift  Kieferkammverbreiterung Verwendetes Material: \_\_\_\_\_

Wurde eine Membran verwendet?  Nein  Ja

wenn ja:  Resorbierbar  Nicht resorbierbar Verwendetes Material: \_\_\_\_\_

### 5. Informationen zum Vorfall

Wie war die Hygiene um das Implantat?  Sehr gut  Gut  Mittel  Schlecht

War einer oder mehrere dieser Faktoren am Vorfall beteiligt?

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biomechanische Überlastung    | <input type="checkbox"/> Ungenügende Knochenqualität               | <input type="checkbox"/> Knochenresorption        | <input type="checkbox"/> Sinusperforation |
| <input type="checkbox"/> Implantatbruch                | <input type="checkbox"/> Periimplantitis                           | <input type="checkbox"/> Sofortimplantation       | <input type="checkbox"/> Infektion        |
| <input type="checkbox"/> Nervenkompression             | <input type="checkbox"/> Trauma oder Unfall                        | <input type="checkbox"/> Überhitzung des Knochens | <input type="checkbox"/> Bruxismus        |
| <input type="checkbox"/> Vorherige Knochenaugmentation | <input type="checkbox"/> Angrenzender endodontisch versorgter Zahn |   |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____              |  |   |   |

Folgendes wurde beim Implantatverlust festgestellt:

- |                                     |                                       |   |                                     |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abszess    | <input type="checkbox"/> Instabilität | <input type="checkbox"/> Asymptomatisch       | <input type="checkbox"/> Schmerzen  |
| <input type="checkbox"/> Entzündung | <input type="checkbox"/> Taubheit     | <input type="checkbox"/> Erhöhte Sensibilität | <input type="checkbox"/> Schwellung |
| <input type="checkbox"/> Blutung    | <input type="checkbox"/> Fistel       | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit  |                                     |

Wurde das Implantat bereits prothetisch versorgt?

Ja (bitte Punkt 6 ausfüllen)  Nein

Warum kam es Ihrer Meinung nach zum Implantatverlust? \_\_\_\_\_

### 6. Informationen zur Prothetik

Art der Restauration  Teilprothese (oben)  Teilprothese (unten)  Krone  Brücke  
 Vollprothese (oben)  Vollprothese (unten)  Sonstige \_\_\_\_\_

Sekundärteil eingesetzt am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 Datum provisorische Versorgung 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Datum endgültige Versorgung 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 Datum der Entfernung 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet?  Ja \_\_\_\_\_ Ncm  Nein  Nicht bekannt

Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt?  Ja  Nein

Fallbeschreibung: \_\_\_\_\_

### 7. Informationen bei Schraubenbruch \*

REF Nr. Implantat: 

--	--	--	--	--

 LOT Nr. Implantat: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 REF Nr. Aufbau: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 LOT Nr. Aufbau: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Regio: 

--	--

Schraubenbruch am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 Schraubenrest entfernt am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet?  Ja \_\_\_\_\_ Ncm  Nein  Nicht bekannt

Art der Restauration: \_\_\_\_\_

Fallbeschreibung: \_\_\_\_\_

### 8. Instrumente

Ungefähre Anzahl der Anwendungen  Erstmals  2-5  6-10  > 10

Art der Reinigung  Manuell  Ultraschall  Thermodesinfektor

Art der Sterilisation  Autoklavierung  Trockenhitze  Chemieklavierung

Welches Reinigungsmittel wurde eingesetzt: \_\_\_\_\_

### 9. Bestätigung \*

**Alle Produkte, welche zurückgesendet werden, sind zu autoklavieren und als "steril" zu kennzeichnen.**

Ergänzen Sie bitte alle notwendigen Angaben der zu reklamierenden Produkte in diesem Garantiefomular unter Beachtung der Garantie- bedingungen der Hager & Meisinger GmbH und senden Sie dieses Formular, inkl. der autoklavierten Produkte und evtl. Röntgenbilder an die Hager & Meisinger GmbH zurück. Zur Rücksendung bitte eine gepolsterte Versandtasche verwenden - bei Verlust einzelner Gegenstände während des Versandes erlischt die Garantie.

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

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_



Hager & Meisinger GmbH

Hansemannstr. 10 | 41468 Neuss | Germany  
Tel.: +49 2131 2012-0 | Fax: +49 2131 2012-222  
Internet: www.meisinger.de | E-mail: info@meisinger.de