straumann

GARANTIEFRAGEBOGEN

1. KUNDENINFORMATIONEN

Name des Arztes

Anschrift

Kundennummer

Telefon

Land

Dokumentiert von

2. PRODUKTINFORMATIONEN (bitte alle betroffenen Straumann-Produkte angeben)

Art. Nr.	Los Nr.	Eingesetzt am (T/M/J)	Entfernt am (T/M/J)	Regio

3. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

Patienten ID-Nr. Alter ☐ W ☐ M

Krankengeschichte:

☐ Diabetes mellitus
☐ Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich
☐ Kortikosteroidbehandlung
☐ Chemotherapie zur Zeit der Implantation
☐ Psych. Störungen
☐ Xerostomie
☐ Lymphstörungen
☐ Alkohol- oder Drogenmissbrauch
☐ Nicht beh. endokrine Erkrankungen
☐ Kompromitierte Immunresistenz
☐ Blutgerinnungsstörung

Allergien: _____

Andere relevante lokale oder systemische Erkrankungen: _____

Raucht der Patient? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Keine relevanten Befunde

4. CHIRURGISCHE INFORMATIONEN (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

☐ Manuelle Einbringung ☐ Mit Handstück-Adapter

Wenn das Implantat am gleichen Tag eingesetzt und entfernt wurde, wurde ein anderes Implantat während des Eingriffs erfolgreich an der Stelle eingebracht? ☐ Ja ☐ Nein

Traten beim vormontierten Übertragungsteil Probleme auf:

☐ Einbringung des Implantats in den Knochen
☐ Entnahme des Implantats aus dem Träger
☐ Entfernung des Übertragungsteils vom Implantat

Andere: _____

Lag zum Zeitpunkt des Eingriffs einer der folgenden Punkte vor:

☐ Parodontalerkrankung
☐ Lokale Infektion/subakute chronische Osteitis
☐ Erkrankte Schleimhaut
☐ Komplikation bei der Aufbereitung des Implantatbetts

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

Gewinde vorgeschnitten? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht zutreffend

Halteschlüssel verwendet? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht zutreffend

Primärstabilität erreicht? ☐ Ja ☐ Nein

Osseointegration des Implantats erreicht? ☐ Ja ☐ Nein

Implantatoberfläche vollständig von Knochen bedeckt? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde während der Operation eine Augmentation durchgeführt?

☐ Nein ☐ Sinus ☐ Kieferkamm

Verwendetes Material: _____

Wurde eine GTR-Membran verwendet?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Resorbierbar ☐ Nicht resorbierbar

Verwendetes Material: _____

5. INFORMATIONEN ZUM VORFALL (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

Hygiene um das Implantat ☐ sehr gut ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

War einer oder mehrere der folgenden Punkte am Vorfall beteiligt?

☐ Trauma/Unfall
☐ Biomechanische Überlastung
☐ Sofortimplantation
☐ Angrenzender endodontisch versorgter Zahn
☐ Zunge
☐ Implantatbruch
☐ Überhitzung des Knochens
☐ Peri-Implantitis
☐ Infektion
☐ Bruxismus
☐ Ungenügende Knochenqualität/-quantität
☐ Vorhergehende Knochenaugmentation
☐ Nervenkompression
☐ Sinusperforation
☐ Knochenresorption

Andere: _____

Beim Implantatverlust wurde folgendes festgestellt (bitte Zutreffendes angeben):

☐ Schmerzen ☐ Blutung ☐ Schwellung ☐ Taubheit
☐ Instabilität ☐ Fistel ☐ Asymptomatisch ☐ Entzündung
☐ Überempfindlichkeit ☐ Erhöhte Sensibilität ☐ Abszess Andere: _____

Wurde die Prothetik eingegliedert? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, füllen Sie bitte den Abschnitt 6 aus.

Bitte beschreiben Sie, warum es Ihrer Meinung nach zum Implantatverlust kam bzw. das Implantat entfernt werden musste:

_____

_____

6. INFORMATIONEN ZUR PROTHETIK (bitte nur bei Rückgabe von Sekundärteilen und Restaurationen ausfüllen)

Projekt-Nr. _____ ☐ Modell ☐ Behandlung ☐ in Gebrauch

Art der Restauration? ☐ Krone ☐ Brücke ☐ Teilprothese (oben) ☐ Teilprothese (unten)
☐ Vollprothese (oben) ☐ Vollprothese (unten) Andere: _____

Wann wurde Sekundärteil eingesetzt? ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Datum der Entfernung des Sekundärteils (T/M/J) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht bekannt

Anzugsmoment ☐☐ Ncm

Datum der provisorischen Restauration ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Datum der endgültigen Restauration ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Fallbeschreibung:

_____

_____

7. INSTRUMENTE (bitte nur bei Rückgabe von Instrumenten ausfüllen)

Ungefähre Zahl der Anwendungen: (nur schneidende Instrumente) ☐ erstmaliger Gebrauch ☐ 2–5 ☐ 6–10 ☐ 10–15 ☐ über 15

Art der Reinigung ☐ Manuell ☐ Ultraschall ☐ Thermodesinfektion Andere: _____

Art der Sterilisation ☐ Autoklavierung ☐ Trockenhitze ☐ Chemiklavierung

Kurze Beschreibung des Vorfalls:

_____

_____

Bitte Fragebogen, autoklaviertes Produkt und Röntgenbilder (wie zutreffend) zurücksenden.
Für die Rücksendung eine gepolsterte Versandtasche verwenden – andernfalls könnten einzelne Gegenstände beim Versand verloren gehen und die Garantie erlöschen.
Alle Produkte **autoklavieren** und als „**steril**" kennzeichnen.

Bitte ersetzen Sie die oben aufgeführten Produkte gemäss der Straumann-Garantiebestimmungen.

Unterschrift des Arztes: _____ Datum: _____

NUR FÜR INTERNEN GEBRAUCH

☐ CSN ☐ PSO ☐ ASR ☐ RPC ☐ Info incomplete ☐ Std/No

© Institut Straumann AG, 2011. Alle Rechte vorbehalten.
Straumann® und/oder andere hier erwähnte Marken und Logos von Straumann® sind Marken oder eingetragene Marken der Straumann Holding AG und/oder ihrer verbundenen Unternehmen. Alle Rechte vorbehalten.

Straumann-Produkte sind CE gekennzeichnet 05/12 151.361/de BA21011