

# 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: \_\_\_\_\_  **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 **Implantatinsertion 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<sup>®</sup>

**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:** \_\_\_\_\_