

Garantiefragebogen

1. KUNDENINFORMATION

Name des Kunden	<input type="text"/>	Kundennummer	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Dokumentiert von	<input type="text"/>

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

Bei der Geltendmachung von „Roxolid® Lifetime Plus“-Ansprüchen müssen die Restauration und Angaben zur Restauration beigefügt werden (hier einfügen).

Art. Nr.	Lot.-Nr.	Eingesetzt am (TT/MM/JJJ)	Entfernt am (TT/MM/JJJ)	Regio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN (Nur bei der Reklamation von Implantaten erforderlich)

Patienten ID-Nr.* Alter W M

KRANKENGESCHICHTE:

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Psych. Störungen	<input type="checkbox"/> Nicht beh. endokrine Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie Kopf-/ Halsbereich	<input type="checkbox"/> Xerostomie	<input type="checkbox"/> Kompromittierte Immunresistenz
<input type="checkbox"/> Kortikosteroidbehandlung	<input type="checkbox"/> Lymphstörungen	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung
<input type="checkbox"/> Chemotherapie zur Zeit der Implantation	<input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenmissbrauch	

Allergien: _____ Andere relevante lokale oder systemische Erkrankungen: _____

Raucht der Patient? Ja Nein Keine Relevanten Befunde

4. CHIRURGISCHE INFORMATION (Nur bei der Reklamation von Implantaten erforderlich)

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 Entfernung des Übertragungsteils vom Implantat

Entnahme des Implantats aus dem Träger

Andere: _____

LAG ZUM ZEITPUNKT DES EINGRIFFS EINER DER FOLGENDEN PUNKTE VOR:

Parodontalerkrankung Erkrankte Schleimhaut

Lokale Infektion / subakute chronische Osteitis Komplikation bei der Aufbereitung des Implantatbetts

Knochenqualität	<input type="checkbox"/> Typ I	<input type="checkbox"/> Typ II	<input type="checkbox"/> Typ III	<input type="checkbox"/> Typ IV
Gewinde vorgeschritten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	
Bone Level Profilbohrer verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	
Tissue Level Profilbohrer verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	
Halteschlüssel verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	
Primärstabilität erreicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Osseointegration des Implantats erreicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Implantatoberfläche vollständig von Knochen bedeckt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		

WURDE WÄHREND DER OPERATION EINE AUGMENTATION DURCHFÜHRT?

Nein Sinus Kieferkamm

Verwendetes Material: _____

WURDE EINE GTR-MEMBRAN VERWENDET?

Nein Ja Resorbierbar Nicht Resorbierbar

Verwendetes Material: _____

*Falls ich Patientendaten nicht mit einer anonymisierten Patienten-ID, sondern personenbezogen übermittle, liegt hierfür eine Einwilligung des Patienten vor.

Garantiefragebogen

5. INFORMATIONEN ZUM VORFALL (Nur bei der Reklamation von Implantaten erforderlich)

Hygiene um das Implantat sehr gut gut mittel schlecht

WAR EINER ODER MEHRERE DER FOLGENDEN PUNKTE AM VORFALL BETEILIGT?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trauma / Unfall | <input type="checkbox"/> Implantatbruch | <input type="checkbox"/> Ungenügende Knochenqualität / -quantität |
| <input type="checkbox"/> Biomechanische Überlastung | <input type="checkbox"/> Überhitzung des Knochens | <input type="checkbox"/> Vorhergehende Knochenaugmentation |
| <input type="checkbox"/> Sofortimplantation | <input type="checkbox"/> Peri-Implantitis | <input type="checkbox"/> Nervenkompression |
| <input type="checkbox"/> Angrenzender endodontisch versorgter Zahn | <input type="checkbox"/> Infektion | <input type="checkbox"/> Sinusperforation |
| <input type="checkbox"/> Zunge | <input type="checkbox"/> Bruxismus | <input type="checkbox"/> Knochenresorption |

Andere: _____

BEIM IMPLANTATVERLUST WURDE FOLGENDES FESTGESTELLT (BITTE ZUTREFFENDES ANGEBEN):

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

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

Wenn das Implantat nicht entfernt wird: Gibt es Hinweise auf Folgendes? (bitte Zutreffendes ausfüllen)

Ausdehnung (mm): Knochenverlust _____ Dehiszenz _____ Periimplantitis _____ Fenestration _____ Andere _____

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

6. INFORMATIONEN ZUR PROTHETIK (Nur bei der Reklamation von Sekundärteilen und Restaurationen erforderlich)

- Projekt-Nr.: _____
- Art der Restauration? Krone Brücke Teilprothese (oben) in Gebrauch Teilprothese (unten)
 Vollprothese (oben) Vollprothese (unten) Andere: _____
- Wann wurde Sekundärteil eingesetzt? Ja Nein Nicht bekannt Datum der Entfernung des Sekundärteils
- 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 (Nur bei der Reklamation von Instrumenten erforderlich)

- Ungefähre Zahl der Anwendungen: erstm. Gebrauch 2-5 6-10 11-15 über 15
(nur schneidende Instrumente)
- 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. **Die Beanstandung ist innerhalb von 90 Tagen nach Explantation einzureichen!**
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 Kunden: _____ Datum: _____

NUR FÜR INTERNEN GEBRAUCH

- CSN PSO ASR RPC info incomplete Std/No