

FRAGEBOGEN ZUR DOKUMENTATION VON BEANSTANDUNGEN MIT REGENERATIVEN PRODUKTEN

1. KUNDENINFORMATIONEN

Name	<input type="text"/>	Kundennummer	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Dokumentiert von	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

2. PRODUKTINFORMATION (bitte alle betroffenen Straumann Produkte angeben)

Artikel-Nummer	LOT Nummer	Eingesetzt am (T/M/J)	Datum des Ereignisses	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. INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN (bitte ausfüllen, wenn Produkt am Patienten angewendet wurde)

Patient ID Alter W M

Krankengeschichte:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> psychische Störungen | <input type="checkbox"/> Kortikosteroidbehandlung | <input type="checkbox"/> nicht behandelte endokrine Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenmissbrauch | <input type="checkbox"/> Xerostomie | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie Kopf/Halsbereich |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Lymphstörungen | <input type="checkbox"/> Chemotherapie zur Zeit der Augmentation |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> kompromittierte Immunresistenz | |

Allergien _____

andere relevante und systemische Erkrankungen _____

Raucht der Patient? Ja Nein

Keine relevanten Befunde

4. CHIRURGISCHE INFORMATIONEN (bitte ausfüllen, wenn Produkt am Patienten angewendet wurde)

Traten beim Vorbereiten des Materials Probleme auf:

- Entnahme aus der Verpackung _____
- Mischprozedur _____
- beim Applizieren _____

Knochenersatzmaterial oder Emdogain wurde mit folgendem gemischt:

- Salzlösung Blut Autogener Knochen Andere _____

Anderes nicht-Straumann Produkt verwendet:

- Ja _____
- Nein

Knochenqualität Typ I Typ II Typ III Typ IV

Indikation für die Augmentation

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sinus Lift | <input type="checkbox"/> Peri-implantärer Knochendefekt |
| <input type="checkbox"/> Extraktionsalveole | <input type="checkbox"/> Laterale Kammaugmentation |
| <input type="checkbox"/> Vertikale / 3D Kammaugmentation | <input type="checkbox"/> Intraossärer- / Furkationsdefekt |
| <input type="checkbox"/> Weichgewebeaugmentation / Abdeckung freiliegender Zahnhäse | |

Lag zum Zeitpunkt des Eingriffs einer der folgenden Punkte vor?

- Parodontalerkrankung erkrankte Schleimhaut
 lokale Infektion Komplikation bei der Aufbereitung

Blutete die Augmentationsstelle, bevor das Material aufgetragen wurde?

- Ja Nein

Biotyp des Weichgewebes:

- Dünn Dick

Wurde ein primärer Wundverschluss erreicht?

- Ja Nein

5. INFORMATIONEN ZUM VORFALL (bitte ausfüllen, wenn Produkt am Patienten angewendet wurde)

War einer oder mehrere der folgenden Punkte am Vorfall beteiligt?

- Dehiszenz Trauma/Unfall
 Biomechanische Überlastung Vorhergehende Knochenaugmentation
 Periimplantitis angrenzender endodontisch versorgter Zahn
 Infektion Sinusperforation
 Bruxismus Andere _____

Folgendes wurde festgestellt (bitte Zutreffendes angeben):

- Schmerzen Schwellung Blutung
 Asymptomatisch Fistel Taubheit
 Abszess Entzündung Überempfindlichkeit
 Andere _____

Bitte beschreiben Sie, warum es Ihrer Meinung nach zum Misserfolg / Entfernung vom regenerativen Produkt kam:

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

Unterschrift

Datum

NUR FÜR INTERNEN GEBRAUCH

- CSN PSO ASR RPC Info incomplete Std/No