

FALLDOKUMENTATION

Allgemeine Informationen

Senden Sie die beanstandeten Artikel und Unterlagen an:
condent GmbH - Complaint Handling
Heidenkampsweg 75 - D-20097 Hamburg

Angaben zum Implantologen

☐ Zahnarzt ☐ Oralchirurg ☐ MKG

Interne Dokumentations-Nr.

Praxis/Klinik

Kunden-Nr.

Titel/Name Ansprechpartner

Telefon

Fax

Straße

PLZ/Ort

Angaben zum prothetisch behandelnden Arzt / zum zahntechnischen Labor (falls abweichend)

Praxis/Klinik

Kunden-Nr.

Titel/Name Ansprechpartner

Telefon

Fax

Straße

PLZ/Ort

Angaben zum Patienten

Identifikation-Nr.

Alter

☐ männlich

☐ weiblich

Allg. Gesundheitszustand ☐ sehr gut

☐ gut

☐ ausreichend

☐ schlecht

Mundhygiene ☐ sehr gut

☐ gut

☐ ausreichend

☐ schlecht

Raucher ☐ Ja ☐ Nein

Diabetes (mellitus)

☐ Ja

☐ Nein

Stoffwechselerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Herz-/ Kreislauferkrankungen

☐ Ja

☐ Nein

Alkohol- / Drogenmissbrauch ☐ Ja ☐ Nein

Bruxismus

☐ Ja

☐ Nein

Osteoporose ☐ Ja ☐ Nein

Allergien ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Medikation ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Andere medizinische Faktoren: _____

Angaben zur möglichen Ursache des Misserfolgs

Bitte senden Sie uns die beanstandeten Artikel autoklaviert/gereinigt und sorgfältig verpackt zurück.

Um den Fall beurteilen zu können, benötigen wir von Ihnen folgende Aufnahmen (in Kopie):

Panorama-Röntgenaufnahme

☐ präoperativ

☐ postoperativ

☐ nach Eintritt des Misserfolgs

☐ mit prothetischer Versorgung

☐ Einzelzahn-Kontrollaufnahme

Hiermit reiche ich die Falldokumentation mit den entsprechend ausgefüllten Anlagen ein:

☐ Anlage 1: Implantat

☐ Anlage 4: Prothetik

☐ Anlage 2: Röntgenbild

☐ Anlage 5: Kennzeichnung/Verpackung

☐ Anlage 3: Instrumentarium/Zubehör/Biomaterialien

Datum, Ort, Unterschrift

FALLDOKUMENTATION

Anlage 1: Implantat

Angaben zum Implantat

Artikel-Nr.	Implantatsystem	Ø mm	Länge	Lot-Nr.	Nr.
					1
					2
					3
					4

Wichtig: Diese Implantat-Nummern bitte in den folgenden Angaben eintragen bzw. ankreuzen.

Angaben zur Position aller gesetzten Implantate

Implantat-Nr. (oben beschrieben)														
Knochenqualität														
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Knochenqualität														
Implantat-Nr. (oben beschrieben)														

Angaben zur Implantation (Bitte tragen Sie hier das jeweilige Datum ein)

Implantat-Nr.	1	2	3	4
Implantation				
Freilegung				
Temporäre Versorgung				
Definitive Versorgung				
Explantation				

Angaben zum Implantationszeitpunkt (Bitte Implantatnummer ankreuzen)

☐ Sofortimplantation	1	2	3	4
☐ verzögerte Implantation (nach wie viel Wochen?)	—	—	—	—
☐ Spätimplantation	1	2	3	4
☐ Nachimplantation	1	2	3	4
☐ gedeckte Einheilung				
☐ transgingivale Einheilung				

War das Implantat direkt nach der Insertion beweglich? ☐ Ja ☐ Nein

Mit welchem Durchmesser wurde die Pilotbohrung durchgeführt? _____ mm

Mit welchem Durchmesser wurde die Finalbohrung durchgeführt? _____ mm

Wurde eine Drehmomentratsche verwendet? ☐ Ja ☐ Nein Eindrehmoment: ca. _____ N/cm

Welche Knochendichte lag vor? _____

Wann wurden die Metallgehäuse einpolymerisiert? Datum: _____

FALLDOKUMENTATION

Anlage 1: Implantat

Angaben zur Augmentation (Bitte Implantatnummer ankreuzen)

☐ präoperativ (nach wie viel Wochen?)☐ autologer Knochen☐ Knochenersatzmaterial☐ Membran

1

2

3

4

1

2

3

4

1

2

3

4

☐ intraoperativ

Produkt/Hersteller: _____

Produkt/Hersteller: _____

Angaben zum Vorfall (Bitte Implantatnummer ankreuzen)

☐ Bindegewebige Einscheidung☐ Periimplantitis☐ Trauma☐ fehlende Primärstabilität☐ nicht erfolgte Osseointegration☐ prothetische Fehlbelastung☐ Verpackung/Kennzeichnung☐ Andere

1

2

3

4

1

2

3

4

1

2

3

4

1

2

3

4

1

2

3

4

1

2

3

4

1

2

3

4

Kam es während der Implantation oder danach zu Infektionen im Bereich der Implantate?

☐ Ja☐ Nein

Wie war der Heilungsprozess des Implantat?

☐ sehr gut☐ gut☐ ausreichend☐ schlecht

Ausfüllen der weiteren Felder nur notwendig, wenn es zu einem Implantatbruch gekommen ist.

Wann kam es zum Implantatbruch?

☐ während der Implantation☐ nach der Implantation

nach ca. ____ Monaten

Musste das Implantatfragment entfernt werden?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, mit welchem Instrument wurde das Implantat entfernt?

War dazu eine separate OP oder Hospitalisierung notwendig?

☐ OP☐ Hospitalisierung☐ keines von beiden

Kam es während der Implantation zu klinischen Problemen?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, zu welchen?

Ausfüllen dieses Abschnittes nur notwendig, wenn die Implantation mit dem MDI Implantatsystem stattgefunden hat.

Haben Sie an einem Seminar bzw. vor Ort Training zur MDI Verarbeitung teilgenommen?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, wann und wo fand das Seminar statt?

Angabe des behandelnden Zahnarzt/Zahnärztin (für Rückfragen)

Bitte fügen Sie dem Formular eine Kopie des OPG's (unbedingt erforderlich), das sterilisierte Implantat und ein Foto/Fotos im Situ bei. Ersatz kann nur erstattet werden, wenn alle zur Beurteilung notwendigen Unterlagen eingereicht werden.

Sie erhalten kostenfreie Ersatzware, sofern die Reklamation anerkannt wird und es ein OPG in Situ nach der Implantation bzw. ein aktuelles OPG vorgelegt wird. Das Implantat wird in derselben Größe ersetzt. Sollten Sie für die Nachimplantation eine andere Größe benötigen, geben Sie dieses bitte an.

FALLDOKUMENTATION

Anlage 2: Prothetik

Angaben zu den prothetischen Aufbauten

Artikel-Nr.	Implantatsystem	Ø mm	Länge	GH	Lot-Nr.	Nr.
						I
						II
						III
						IV

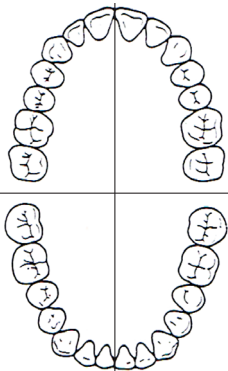
Wichtig: Diese Prothetik-Nummern bitte in den folgenden Angaben eintragen bzw. ankreuzen.

Angaben über den Zeitpunkt der prothetischen Versorgung (Bitte Prothetik-Nummer ankreuzen)

- ☐ Sofortversorgung ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ frühzeitige Belastung (nach wie viel Wochen?) _____
- ☐ Sofortbelastung ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Versorgung nach abgeschlossener Osseointegration ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
- ☐ Teilprothese ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Einzelzahnversorgung ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
- ☐ Vollprothese ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Brücke ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Angaben zur prothetischen Gestaltung des Zahnersatzes

Skizze:



Notizen:

Angaben zum Status des antagonistischen Kiefers

- ☐ natürliche Zähne ☐ Kronen/Brücken ☐ partielle Prothese ☐ totale Prothese
- ☐ Wenn der Gegenkiefer Implantologisch versorgt wurde, mit welchem System _____

Angaben

- Wurde eine neuwertige Definitivschraube eingesetzt? ☐ Ja ☐ Nein
- Wurde(n) die Abutmentschraube(n) mit einem Drehmomentschlüssel festgezogen? _____ Ncm ☐ Ja ☐ Nein
- Wie wurde die prothetische Gestaltung des Zahnersatzes geplant bzw. durchgeführt?
- ☐ festsitzend (zementiert) ☐ bedingt herausnehmbar (verschraubt) ☐ herausnehmbar (Verankerungssystem)

Angaben zum Vorfall

- ☐ Lockerung der Versorgung ☐ Schraubenfraktur ☐ Abutmentfraktur

Angaben zur möglichen Ursache des prothetischen Misserfolgs

FALLDOKUMENTATION

Anlage 3: Instrumentarium/Zubehör/Biomaterialien

Angaben zum Instrumentarium/Zubehör

Artikel-Nr.	Artikel-Bezeichnung	Implantatsystem	Lot-Nr.

Angaben zum Instrumentarium/Zubehör

Anzahl der Anwendungen (bei Bohrern)

☐ 1. Gebrauch☐ 2 - 15☐ über 15

Reinigungsverfahren

☐ Manuell☐ Ultraschall☐ Desinfektion☐ Sterilisation

Reinigungs- bzw. Desinfektionsmittel _____

Sterilisationsverfahren _____

Angaben zur Rückgabe von Instrumentarium/Zubehör

Angaben zu Biomaterialien

Artikel-Nr.	Implantatsystem	Größe	Menge	Lot-Nr.

Angaben zur Biomaterialien Rückgabe

FALLDOKUMENTATION

Anlage 4: Kennzeichnung/Verpackung

Angaben zum Produkt

Artikel-Nr.	Artikel-Bezeichnung	Implantatsystem	Lot-Nr.

Angaben zur Rückgabe bzw. Abweichung