

FALLDOKUMENTATION

Allgemeine Informationen

Angaben zum Implantologen			Interne Dokumentations-Nr.	
<input type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Oralchirurg	<input type="checkbox"/> MKG		
Praxis/Klinik		Kunden-Nr.		
Titel/Name Ansprechpartner		Telefon	Fax	
Straße		PLZ/Ort		
Angaben zum prothetisch behandelnden Arzt / zum zahntechnischen Labor (falls abweichend)				
Praxis/Labor		Kunden-Nr.		
Titel/Name Ansprechpartner		Telefon	Fax	
Straße		PLZ/Ort		
Angaben zum Patienten				
Identifikation-Nr.		<input type="text"/> Alter	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
<input type="checkbox"/> starker Raucher	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen	
<input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Bruxismus	<input type="checkbox"/> Allergien _____	
<input type="checkbox"/> Andere medizinische Faktoren: _____				
Mundhygiene	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzureichend
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	<input type="checkbox"/> präoperativ	<input type="checkbox"/> postoperativ		
<input type="checkbox"/> nach Eintritt des Mißerfolgs	<input type="checkbox"/> mit prothetischer Versorgung	<input type="checkbox"/> Einzelzahn-Kontrollaufnahme		
Hiermit reiche ich die Falldokumentation mit den entsprechend ausgefüllten Anlagen ein:				
<input type="checkbox"/> Anlage 1: Implantat	<input type="checkbox"/> Anlage 2: Prothetik			
<input type="checkbox"/> Anlage 3: Instrumentarium/Zubehör/Biomaterialien	<input type="checkbox"/> Anlage 4: Kennzeichnung/Verpackung			
Ort, Datum	Unterschrift			

FALLDOKUMENTATION

Anlage 1: Implantat

Angaben zum Implantat														
Artikel-Nr.	OT-F ¹		OT-F ²	OT-F ³	BiCortic®	Ø mm	Länge	Lot-Nr.	Nr.					
	Nanoplast	TPS												
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/	1					
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/	2					
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/	3					
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/	4					
Wichtig: Diese Implantat-Nummern bitte in den folgenden Angaben eintragen bzw. ankreuzen.									↑					
Angaben zur Position <u>aller</u> 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)														
<input type="checkbox"/> Sofortimplantation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> gedeckte Einheilung									
<input type="checkbox"/> verzögerte Implantation (nach wieviel Wochen?)	—	—	—	—	<input type="checkbox"/> transgingivale Einheilung									
<input type="checkbox"/> Spätimplantation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4										
Angaben zur Augmentation (Bitte Implantatnummer ankreuzen)														
<input type="checkbox"/> präoperativ (nach wieviel Wochen?)	—	—	—	—	<input type="checkbox"/> intraoperativ									
<input type="checkbox"/> autologer Knochen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4										
<input type="checkbox"/> Knochenersatzmaterial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Produkt/Hersteller: _____									
<input type="checkbox"/> Membran	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Produkt/Hersteller: _____									
Angaben zum Vorfall (Bitte Implantatnummer ankreuzen)														
<input type="checkbox"/> Bindegewebige Einscheidung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> fehlende Primärstabilität	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4					
<input type="checkbox"/> Periimplantitis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> nicht erfolgte Osseointegration	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4					
<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> prothetische Fehlbelastung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4					
<input type="checkbox"/> Verpackung/Kennzeichnung														
<input type="checkbox"/> Andere _____														

FALLDOKUMENTATION

Anlage 2: Prothetik

Angaben zu den prothetischen Aufbauten						
Artikel-Nr.	Artikel-Bezeichnung	Ø mm	Winkel	GH	Lot-Nr.	Nr.
-					/	I
-					/	II
-					/	III
-					/	IV

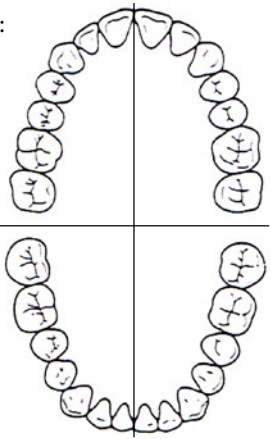
Wichtig: Diese Prothetik-Nummern bitte in den folgenden Angaben eintragen bzw. ankreuzen. _____ ↑

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

Sofortversorgung I II III IV frühzeitige Belastung (nach wieviel Wochen?)

Sofortbelastung I II III IV Versorgung nach abgeschlossener Osseointegration

Angaben zur prothetischen Gestaltung des Zahnersatzes

Skizze:  Notizen: _____

Angaben zum Status des antagonistischen Kiefers

natürliche Zähne Kronen/Brücken partielle Prothese totale Prothese

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



Innovative Präzision
Made in Germany

Angaben zum Instrumentarium/Zubehör						
Artikel-Nr.	Artikel-Bezeichnung	OT-F ¹	OT-F ²	OT-F ³	BiCortic®	Lot-Nr.
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/

Angaben zu den Instrumenten/Zubehör			
Anzahl der Anwendungen (bei Bohrern)	<input type="checkbox"/>	1. Gebrauch	<input type="checkbox"/> 2-15 <input type="checkbox"/> über 15
Reinigungsverfahren	<input type="checkbox"/>	Manuell	<input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Desinfektion <input type="checkbox"/> Sterilisation
Reinigungs- bzw. Desinfektionsmittel	_____		
Sterilisationsverfahren	_____		

Angaben zur Rückgabe von Instrumentarium/Zubehör

Angaben zu Biomaterialien				
Artikel-Nr.	Artikel-Bezeichnung	Größe	Menge	Lot-Nr.
-				/
-				/
-				/

Angaben zur Biomaterialien Rückgabe

FALLDOKUMENTATION

Anlage 4: Kennzeichnung/Verpackung

Angaben zum Produkt						
Artikel-Nr.	Artikel-Bezeichnung	OT-F ¹	OT-F ²	OT-F ³	BiCortic [®]	Lot-Nr.
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Angaben zur Rückgabe bzw. Abweichung						