

Garantiefragebogen



Wie in Ziffer 8. der Thommen Medical-Garantie beschrieben, sind alle gültigen Datenschutz-Vorschriften zu beachten und alle Patientendaten zu anonymisieren. Für jeden Patienten muss eine Patienten ID-Nr., die keine Rückschlüsse auf Patientendaten zulässt, verwendet werden.

1. KUNDENINFORMATIONEN

Name des behandelnden Arztes und Anschrift (bitte in Blockschrift oder Stempel)

_____	Telefon	_____
_____	Land	_____
_____	Ansprechpartner in der Praxis	_____

2. PRODUKTINFORMATIONEN (bitte alle betroffenen Thommen Medical-Produkte angeben)

Art. Nr.	Lot Nr.	Eingesetzt am (T/M/J)	Entfernt am (T/M/J)	Region
_____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	_____
_____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	_____
_____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	_____
_____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	_____

Datum des Ereignisses: ____ / ____ / ____

3. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

Patienten ID-Nr: _____ Alter: _____ ☐ W ☐ M

Krankengeschichte

☐ Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich	☐ Blutgerinnungsstörung	☐ Psych. Störung
☐ Bisphosphonatbehandlung	☐ Kompromitierte Immunresistenz	☐ Alkohol- oder Drogenmissbrauch
☐ Kortikosteroidbehandlung	☐ Diabetes mellitus	☐ Xerostomie
☐ Chemotherapie zur Zeit der Impl.	☐ Nicht beh. endokrine Erkrankung	Raucher: ☐ Ja ☐ Nein

Andere relevante lokale oder systemische Erkrankungen: _____

Allergien: _____ ☐ Keine relevanten Befunde

4. CHIRURGISCHE INFORMATIONEN (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

☐ Manuelle Einbringung ☐ Maschinelle Einbringung

Bemerkungen (bitte in Blockschrift):

Wenn das Implantat am gleichen Tag eingesetzt und entfernt wurde, wurde ein anderes Implantat während des Eingriffs erfolgreich an der gleichen Stelle eingebracht? ☐ Ja ☐ Nein

Lag zum Zeitpunkt des Eingriffes einer der folgenden Punkte vor:

☐ Parodontalerkrankung	Knochenqualität	☐ Typ I	☐ Typ II	☐ Typ III	☐ Typ IV
☐ Erkrankte Schleimhaut	Anwendung Gewindeschneider?	☐ Ja	☐ Nein		
☐ Lokale Infektion/ subakute chronische Osteitis	Primärstabilität erreicht?	☐ Ja	☐ Nein		
☐ Komplikation bei der Aufbereitung des Implantates	Osseointegration des Implantats erreicht?	☐ Ja	☐ Nein		
Welche: _____	Implantatoberfläche vollständig vom Knochen bedeckt?	☐ Ja	☐ Nein		

Wurde während der Operation eine Augmentation durchgeführt?

☐ Nein ☐ Sinus ☐ Kieferkamm

Verwendetes Material: _____

Wurde eine GTR-Membran verwendet?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Resorbierbar

☐ Nicht Resorbierbar

Verwendetes Material: _____

5. INFORMATIONEN ZUM VORFALL (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

Hygiene um das Implantat ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mittel ☐ Schlecht

Waren einer oder mehrere der folgenden Punkte am Vorfall beteiligt?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Trauma/Unfall | ☐ Unterdimensionierung des Implantatbetts | ☐ Vorhergehende/simultane Knochenaugmentation |
| ☐ Biomechanische Überlastung | ☐ Überhitzung des Knochens | ☐ Knochenresorption |
| ☐ Bruxismus | ☐ Nervenkompression | ☐ Peri-Implantitis |
| ☐ Implantatbruch | ☐ Sinusperforation | ☐ Infektion |
| ☐ Sofortimplantation | ☐ Ungenügende Knochenqualität/-quantität | |

Andere (bitte in Blockschrift): _____

Beim Implantatverlust wurde folgendes festgestellt (bitte Zutreffendes angeben):

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| ☐ Schmerzen | ☐ Schwellung | ☐ Blutung | ☐ Instabilität |
| ☐ Taubheit | ☐ Fistel | ☐ Entzündung | Andere: _____ |
| ☐ Erhöhte Sensibilität | ☐ Abszess | ☐ Asymptomatisch | |

Wurde die Prothetik eingegliedert?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja füllen sie bitte den Abschnitt 6 aus.

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

6. INFORMATIONEN ZUR PROTHETIK (bitte nur bei Rückgabe von Sekundärteilen und Restaurationen ausfüllen)

☐ Modell ☐ Behandlung ☐ In Gebrauch

Art der Restauration?

☐ Krone

☐ Brücke

Teilprothese:

☐ Oben

☐ Unten

Vollprothese:

☐ Oben

☐ Unten

Wann wurden Sekundärteile eingesetzt?

____ / ____ / ____
(T/M/J)

Datum der Entfernung des Sekundärteils:

____ / ____ / ____
(T/M/J)

Wurde die MONO Drehmomentratsche verwendet?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Nicht bekannt

Drehmoment: _____ Ncm

Datum der provisorischen Restauration:

____ / ____ / ____
(T/M/J)

Datum der endgültigen Restauration:

____ / ____ / ____
(T/M/J)

Wurde eine Kontrolluntersuchung durchgeführt:

☐ Ja

☐ Nein

Fallbeschreibung (bitte in Blockschrift):

7. INSTRUMENTE (bitte nur bei Rückgabe von Instrumenten ausfüllen)

Welche Bohrer sind verwendet worden:

☐ VECTOdrill Stahl

☐ VECTOdrill Keramik

☐ Andere

Welche: _____

Ungefähre Anzahl der Anwendungen (nur bei schneidenden Instrumenten):

☐ Erstmaliger Gebrauch

☐ 2-5 x

☐ 6-10 x

☐ 10-20 x

☐ Über 20 x

Art der Reinigung:

☐ Manuell

☐ Ultraschall

☐ Thermodesinfektion

Andere: _____

Art der Sterilisation:

☐ Autoklav

☐ Trockenhitze

☐ Chemiklav

Kurze Beschreibung des Vorfalls (bitte in Blockschrift):

Bitte Fragebogen, autoklaviertes Produkt und Röntgenbilder (wie zutreffend) an Ihren Vertriebspartner zurücksenden.

Für die Rücksendung eine gepolsterte Versandtasche verwenden – andernfalls könnten einzelne Gegenstände beim Versand verloren gehen und die Garantie erlöschen.

Alle Produkte autoklavieren (nicht Reinigen) und als «steril» kennzeichnen.

Bitte ersetzen Sie die oben aufgeführten Produkte gemäss der Thommen Medical-Garantiebestimmungen.

Unterschrift des Arztes: _____

Datum: _____