

Garantieformular

Kundeninformationen

Name des Arztes _____ Kundennummer _____

Anschrift _____ Telefon _____

_____ Land _____

Dokumentiert von _____

Produktinformationen (Bitte alle betroffenen DENTAL RATIO Produkte angeben)

Artikelnummer	LOT Nummer	Eingesetzt am (TT/MM/JJJJ)	Entfernt am (TT/MM/JJJJ)	Regio

Allgemeine Informationen zum Patienten (nur bei Reklamation von Implantaten erforderlich)

Patienten ID Nr. * _____ Alter _____ W M

* Aus Datenschutzgründen NICHT den Namen des Patienten eintragen

Krankengeschichte

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Psychische Störungen	<input type="checkbox"/> Nicht behandelte endokrine Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich	<input type="checkbox"/> Xerostomie	<input type="checkbox"/> Kompromitierte 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	<input type="checkbox"/> Immunologische Erkrankung

Allergien _____

Andere relevante lokale oder systemische Erkrankungen _____

Raucher Ja Nein Keine relevanten Befunde
 _____ Zigaretten pro Tag

Chirurgische Informationen (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?

<input type="checkbox"/> Parodontalerkrankung	<input type="checkbox"/> Erkrankte Schleimhaut
<input type="checkbox"/> Lokale Infektion / subakute chronische Osteitis	<input type="checkbox"/> Komplikation bei der Aufbereitung des Implantatbetts
Knochenqualität	<input type="checkbox"/> Typ D1 <input type="checkbox"/> Typ D2 <input type="checkbox"/> Typ D3 <input type="checkbox"/> Typ D4
Gewinde vorgeschritten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend
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
Osteointegration 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 durchgeführt?

Nein Sinus Kieferkamm Verwendetes Material _____

Wurde eine GTR Membran verwendet?

Nein Ja Resorbierbar Nicht resorbierbar

Verwendetes Material _____

Garantieformular

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"/> Periimplantitis | <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 |

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 | <input type="checkbox"/> Andere _____ |
- Wurde die Prothetik eingegliedert? Nein Wenn ja, füllen Sie bitte den Abschnitt Informationen zur Prothetik aus

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

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

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

Informationen zur Prothetik (Nur bei der Reklamation von Sekundärteilen und Restaurationen erforderlich)

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modell | <input type="checkbox"/> Behandlung | <input type="checkbox"/> in Gebrauch | | |
| Art der Restauration? | <input type="checkbox"/> Krone | <input type="checkbox"/> Brücke | <input type="checkbox"/> Teilprothese (OK) | <input type="checkbox"/> Teilprothese (UK) |
| | <input type="checkbox"/> Vollprothese (OK) | <input type="checkbox"/> Vollprothese (UK) | <input type="checkbox"/> Teleskop | <input type="checkbox"/> Andere _____ |
| Wann wurde Sekundärteil eingesetzt? | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | Datum der Entfernung des Sekundärteils <input type="text" value=""/> |
| Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | Anzugsmoment <input type="text" value=""/> |
| Datum der provisorischen Restauration | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | Datum der endgültigen Restauration <input type="text" value=""/> |
| Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |

Fallbeschreibung

Instrumente (nur bei der Reklamation von Instrumenten erforderlich)

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| Ungefähre Zahl der Anwendungen
<small>(nur schneidende Instrumente)</small> | <input type="checkbox"/> Erstgebrauch | <input type="checkbox"/> 2 - 5 | <input type="checkbox"/> 6 - 10 | <input type="checkbox"/> 11 - 15 | <input type="checkbox"/> über 15 |
| Art der Reinigung | <input type="checkbox"/> Manuell | <input type="checkbox"/> Ultraschall | <input type="checkbox"/> Thermodesinfektion | <input type="checkbox"/> Andere _____ | |
| Art der Sterilisation | <input type="checkbox"/> Autoklavierung | <input type="checkbox"/> Trockenhitze | <input type="checkbox"/> Chemiklavierung | | |

Kurze Beschreibung des Vorfalls

Alle Produkte, die zurück gesendet werden, sind zu autoklavieren und als „steril“ zu kennzeichnen.

Ergänzen Sie bitte alle notwendigen Angaben der zu reklamierenden Produkte in diesem Garantieformular unter Beachtung der Garantiebedingungen der DRS International GmbH und senden Sie dieses Formular, inkl. der sterilisierten Produkte und Röntgenbilder an DRS International GmbH zurück.

Zur Rücksendung gepolsterte Versandtasche verwenden - bei Verlust einzelner Gegenstände während des Versands erlischt die Garantie.

 Bericht über die Schadensanalyse erwünscht? Ja Nein

Unterschrift des Arztes _____ Datum _____

* Wenn die Patienten-ID im Formular (und in zusätzlichen Anhängen) nicht anonymisiert ist und personenbezogene Daten enthält, muss der Patient eine schriftliche Einwilligung erteilen.