


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

<input type="checkbox"/> Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Psych. Störung
<input type="checkbox"/> Bisphosphonatbehandlung	<input type="checkbox"/> Kompromitierte Immunresistenz	<input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenmissbrauch
<input type="checkbox"/> Kortikosteroidbehandlung	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Xerostomie
<input type="checkbox"/> Chemotherapie zur Zeit der Impl.	<input type="checkbox"/> Nicht beh. endokrine Erkrankung	Raucher: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Parodontalerkrankung	Knochenqualität	<input type="checkbox"/> Typ I	<input type="checkbox"/> Typ II	<input type="checkbox"/> Typ III	<input type="checkbox"/> Typ IV
<input type="checkbox"/> Erkrankte Schleimhaut	Anwendung Gewindeschneider?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Lokale Infektion/ subakute chronische Osteitis	Primärstabilität erreicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Komplikation bei der Aufbereitung des Implantates	Osseointegration des Implantats erreicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Welche: _____	Implantatoberfläche vollständig vom 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: _____

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?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma/Unfall | <input type="checkbox"/> Unterdimensionierung des Implantatbetts | <input type="checkbox"/> Vorhergehende/simultane Knochenaugmentation |
| <input type="checkbox"/> Biomechanische Überlastung | <input type="checkbox"/> Überhitzung des Knochens | <input type="checkbox"/> Knochenresorption |
| <input type="checkbox"/> Bruxismus | <input type="checkbox"/> Nervenkompression | <input type="checkbox"/> Peri-Implantitis |
| <input type="checkbox"/> Implantatbruch | <input type="checkbox"/> Sinusperforation | <input type="checkbox"/> Infektion |
| <input type="checkbox"/> Sofortimplantation | <input type="checkbox"/> Ungenügende Knochenqualität/-quantität | |

Andere (bitte in Blockschrift): _____

Beim Implantatverlust wurde folgendes festgestellt (bitte Zutreffendes angeben):

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Blutung | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Fistel | <input type="checkbox"/> Entzündung | Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Sensibilität | <input type="checkbox"/> Abszess | <input type="checkbox"/> 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? _____ / _____ / _____ Datum der Entfernung des Sekundärteils: _____ / _____ / _____
(T/M/J) (T/M/J)

Wurde die MONO Drehmomentratsche verwendet? Ja Nein Nicht bekannt Drehmoment: _____ Ncm

Datum der provisorischen Restauration: _____ / _____ / _____ Datum der endgültigen Restauration: _____ / _____ / _____
(T/M/J) (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: _____