

# 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: \_\_\_\_\_