



Garantieformular

Kundeninformationen

Name des Arztes	Kundennummer
Anschrift	Telefon
	Land
	Dokumentiert von

Produktinformationen (Bitte alle betroffenen MEISINGER IMPLANTS 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 ☐ D

* Aus Datenschutzgründen NICHT den Namen des Patienten eintragen

Krankengeschichte

☐ Diabetes mellitus	☐ Psychische Störungen	☐ Nicht behandelte endokrine Erkrankungen
☐ Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich	☐ Xerostomie	☐ Kompromitierte Immunresistenz
☐ Kortikosteroidbehandlung	☐ Lymphstörungen	☐ Blutgerinnungsstörung
☐ Chemotherapie zur Zeit der Implantation	☐ Alkohol- oder Drogenmissbrauch	☐ Immunologische Erkrankung

Allergien

Andere relevante lokale oder systemische Erkrankungen

Raucher ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine relevanten Befunde

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?

☐ Parodontalerkrankung	☐ Erkrankte Schleimhaut			
☐ Lokale Infektion / subakute chronische Osteitis	☐ Komplikation bei der Aufbereitung des Implantatbetts			
Knochenqualität	☐ Typ D1	☐ Typ D2	☐ Typ D3	☐ Typ D4
Gewinde vorgeschnitten?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Nicht zutreffend	
Profilbohrer verwendet?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Nicht zutreffend	
Abziehschlüssel verwendet?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Nicht zutreffend	
Primärstabilität erreicht?	☐ Ja	☐ Nein		
Osteointegration des Implantats erreicht?	☐ Ja	☐ Nein		
Implantatoberfläche vollständig von 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



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?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Trauma/Unfall | ☐ Implantatbruch | ☐ Ungenügende Knochenqualität/-quantität |
| ☐ Biomechanische Überlastung | ☐ Überhitzung des Knochens | ☐ Vorhergehende Knochenaugmentation |
| ☐ Sofortimplantation | ☐ Periimplantitis | ☐ Nervenkompression |
| ☐ Angrenzender endodontisch versorgter Zahn | ☐ Infektion | ☐ Sinusperforation |
| ☐ Zunge | ☐ Bruxismus | ☐ Knochenresorption |

Beim Implantatverlust wurde folgendes festgestellt (bitte Zutreffendes angeben)

- | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
| ☐ Schmerzen | ☐ Blutung | ☐ Schwellung | ☐ Taubheit |
| ☐ Instabilität | ☐ Fistel | ☐ Asymptomatisch | ☐ Entzündung |
| ☐ Überempfindlichkeit | ☐ Erhöhte Sensibilität | ☐ Abszess | ☐ 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)

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

Fallbeschreibung

Instrumente (nur bei der Reklamation von Instrumenten erforderlich)

- | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| Ungefähre Zahl der Anwendungen
(nur schneidende Instrumente) | ☐ Erstgebrauch | ☐ 2 - 5 | ☐ 6 - 10 | ☐ 11 - 15 | ☐ über 15 |
| Art der Reinigung | ☐ Manuell | ☐ Ultraschall | ☐ Thermodesinfektion | ☐ Andere _____ | |
| Art der Sterilisation | ☐ Autoklavierung | ☐ Trockenhitze | ☐ Chemiklavierung | | |

Kurze Beschreibung des Vorfalles

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 Hager & Meisinger GmbH und senden Sie dieses Formular, inkl. der sterilisierten Produkte und Röntgenbilder an Hager & Meisinger GmbH zurück.
Zur Rücksendung gepolsterte Versandtasche verwenden - bei Verlust einzelner Gegenstände während des Versands erlischt die Garantie.

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.