PRODUKTE IMMER STERIL BZW. DESINFIZIERT IN POLSTERKUVERT / KARTON EINREICHEN!

NEODENT®
A Straumann Group Brand

Garantiefragebogen

(Formular online ausfüllen unter www.straumanngroup.ch/eshop)

1. KUNDENINFORMATION

Name des Kunden

Anschrift

Kundennummer

Telefon

Land

Dokumentiert von

2. PRODUKTINFORMATIONEN (bitte alle betroffenen Neodent-Produkte angeben)

Art. Nr.	Lot.-Nr.	Eingesetzt am (TT / MM / JJJJ)	Entfernt am (TT / MM / JJJJ)	Regio

Produktersatzwunsch (Artikel-Nr.): _____

3. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN (Nur bei der Reklamation von Implantaten erforderlich)

Patienten ID-Nr.* Alter W ___ M ___

KRANKENGESCHICHTE:

___ Diabetes mellitus
Strahlentherapie Kopf- / Halsbereich
Kortikosteroidbehandlung
Chemotherapie zur Zeit der Implantation

___ Psych. Störungen
Xerostomie
Lymphstörungen
Alkohol- oder Drogenmissbrauch

___ Nicht beh. endokrine Erkrankungen
Kompromittierte Immunresistenz
Blutgerinnungsstörung

Allergien: _____

Andere relevante lokale oder systemische Erkrankungen: _____

Raucht der Patient? Ja ___ Nein ___

___ Keine relevanten Befunde

4. CHIRURGISCHE INFORMATION (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
Entnahme des Implantats aus dem Träger

___ Entfernung des Übertragungsteils vom Implantat
Andere: _____

LAG ZUM ZEITPUNKT DES EINGRIFFS EINER DER FOLGENDEN PUNKTE VOR:

___ Parodontalerkrankung
Lokale Infektion / subakute chronische Osteitis

___ Erkrankte Schleimhaut
Komplikation bei der Aufbereitung des Implantatbetts

Knochenqualität	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV
Gewinde vorgeschnitten?	Ja	Nein	Nicht zutreffend	
Bone Level Profilbohrer verwendet?	Ja	Nein	Nicht zutreffend	
Tissue Level Profilbohrer verwendet?	Ja	Nein	Nicht zutreffend	
Halteschlüssel verwendet?	Ja	Nein	Nicht zutreffend	
Primärstabilität erreicht?	___ Ja	___ Nein		
Osseointegration 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: _____

*Falls ich Patientendaten nicht mit einer anonymisierten Patienten-ID, sondern personenbezogen übermittle, liegt hierfür eine Einwilligung des Patienten vor.

PRODUKTE IMMER STERIL BZW. DESINFIZIERT IN POLSTERKUVERT / KARTON EINREICHEN!

NEODENT®
A Straumann Group Brand

Garantiefragebogen

(Formular online ausfüllen unter www.straumanngroup.ch/eshop)

5. 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
___ Biomechanische Überlastung
___ Sofortimplantation
___ Angrenzender endodontisch versorgter Zahn
___ Zunge
___ Implantatbruch
___ Überhitzung des Knochens
___ Peri-Implantitis
___ Infektion
___ Bruxismus
___ Ungenügende Knochenqualität / -quantität
___ Vorhergehende Knochenaugmentation
___ Nervenkompression
___ Sinusperforation
___ Knochenresorption

Andere: _____

BEIM IMPLANTATVERLUST WURDE FOLGENDES FESTGESTELLT (BITTE ZUTREFFENDES ANGEBEN):

___ Schmerzen
___ Instabilität
___ Überempfindlichkeit
___ Blutung
___ Fistel
___ Erhöhte Sensibilität
___ Schwellung
___ Asymptomatisch
___ Abszess
___ Taubheit
___ Entzündung
Andere: _____

Wurde die Prothetik eingegliedert? ___ Nein ___ Ja Wenn ja, füllen Sie bitte den Abschnitt 6 aus.

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

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

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

_____

_____

6. INFORMATIONEN ZUR PROTHETIK (Nur bei der Reklamation von Sekundärteilen und Restaurationen erforderlich)

Digitale Projekt-Nr.: _____ ___ Modell ___ Behandlung ___ in Gebrauch

Art der Restauration? ___ Krone ___ Brücke ___ Teilprothese (oben) ___ Teilprothese (unten) ___ Vollprothese (oben) ___ Vollprothese (unten) Andere: _____

Wann wurde das Sekundärteil eingesetzt? __ __ __ __ __ __ __ __ Datum der Entfernung des Sekundärteils __ __ __ __ __ __ __ __

Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet? ___ Ja ___ Nein ___ Nicht bekannt Anzugsmoment __ __ Ncm

Datum der provisorischen Restauration __ __ __ __ __ __ __ __ Datum der endgültigen Restauration __ __ __ __ __ __ __ __

Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt? ___ Ja ___ Nein

Fallbeschreibung:

_____

_____

7. INSTRUMENTE (Nur bei der Reklamation von Instrumenten erforderlich)

Ungefähre Zahl der Anwendungen: (nur schneidende Instrumente) ___ erstm. Gebrauch ___ 2 – 5 ___ 6 – 10 ___ 11 – 15 ___ über 15

Art der Reinigung ___ Manuell ___ Ultraschall ___ Thermodesinfektion Andere: _____

Art der Sterilisation ___ Autoklavierung ___ Trockenhitze ___ Chemiklavierung

Kurze Beschreibung des Vorfalls:

_____

_____

Bitte Fragebogen, autoklaviertes Produkt und Röntgenbilder (wie zutreffend) zurücksenden. **Die Beanstandung ist innerhalb von 90 Tagen nach Explantation einzureichen! Für die Rücksendung eine gepolsterte Versandtasche verwenden – andernfalls könnten einzelne Gegenstände beim Versand verloren gehen und die Garantie erlöschen.** Alle Produkte **autoklavieren** und als **„steril" kennzeichnen.** Bitte ersetzen Sie die oben aufgeführten Produkte gemäss der Neodent-Garantiebestimmungen.

Unterschrift des Kunden: _____ Datum: _____

NUR FÜR INTERNEN GEBRAUCH

☐ CSN ☐ PSO ☐ ASR ☐ RPC ☐ Info unvollständig ☐ Std / No

© JJGC Indústria e Comércio de Materiais Dentários S.A, 2018. Alle Rechte vorbehalten.
Neodent® und/oder andere hier erwähnte Marken und Logos sind Marken oder eingetragene Marken der JJGC Indústria e Comércio de Materiais Dentários S.A.

Datenschutzhinweis: Ohne Ihre weitergehende Einwilligung verwenden die das Institut Straumann AG Verkauf Schweiz, Basel (CH), das Institut Straumann AG International Headquarters, Basel (CH) und deren Dienstleister Ihre Angaben für Zwecke der Abwicklung Ihrer Anfragen, Anmeldungen, Bestellungen, für Kundenanalysen, Gewinnspiele und schriftliche Werbung per Post. Unsere Geschäftskunden werden auch telefonisch über unsere Produkte, Dienstleistungen sowie über Kundenzufriedenheitsbefragungen und Veranstaltungen aus dem Bereich der Dentalmedizin informiert.

Wenn Sie der Verarbeitung Ihrer Daten für Werbe- oder Marktforschungszwecke widersprechen oder eine erteilte Einwilligung widerrufen möchten, genügt jederzeit eine Nachricht an unseren Datenschutzbeauftragten per E-Mail an privacy.ch@straumann.com oder per Post an Institut Straumann AG, Datenschutzbeauftragter, Peter Merian-Weg 12, 4002 Basel. Dies gilt ebenso, wenn Sie aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen wollen.

CH_100.117DE 06/18