

Implantatverlustbogen

Bitte füllen Sie für jedes Implantat einen separaten Bogen aus!

Die Artikel bitte einzeln verpackt in Sterilisationsfolie und nach Gebrauchsanweisung sterilisiert an die Niederlassung Ihres Landes senden:

SIC invent AG Aeschengraben 20 4051 Basel	SIC invent Deutschland GmbH Willi-Eichler-Strasse 11 37079 Göttingen	SIC invent Austria GmbH Kohlmarkt 7 / Stg. 2 / 58 1010 Wien	Praxis:
---	--	---	---------

Bitte bestätigen Sie die Artikel der Rücksendung sterilisiert und einzeln in Sterilisationsfolie verpackt zu haben!

Dampfsterilisation:
andere Methode: Datum/Unterschrift:

Wenn möglich bitte Röntgenbilder beilegen. **Bitte Patientendaten anonymisieren.** Bei Eiterbildung bakterielle Diagnose hilfreich.

Kunde/Chirurg

Name Telefon
Straße Kundennummer
PLZ/Ort

Anlagen

<u>Implantat:</u>	<u>Röntgenbilder:</u>
Bezeichnung	Vor Implantation
REF / Artikel-Nr.	Nach Implantation
LOT / Chargen-Nr.	Nach Explantation
UDI-DI	

Verlustgrund

Keine Osseointegration Keine Primärstabilität
Sonstiges

Implantatposition

(Bitte kennzeichnen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
R								L							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Hatte das Ereignis eine Verletzung oder den Tod des Patienten zur Folge?

Ja Nein

War infolgedessen ein medizinischer oder chirurgischer Eingriff erforderlich?

Ja Nein

Patienteninformation

Mundhygiene
Knochenqualität
Patientenvorgeschichte

Patientennummer

gut	durchschnittlich	schlecht	
I	II	III	IV
Raucher	Diabetiker	Bruxismus	

Kau-/Beiß-Gewohnheiten

Sonstiges

Datum der	Implantation	Prothet. Versorgung
	Explantation	Sofortbelastung

Phase des Verlusts/ der Explantation	Einheilphase Vor prothetischer Belastung	Wiedereröffnung Nach prothetischer Belastung
---	---	---

Augmentation

Präoperativ (2-phasig) Simultan mit Implantation	Keine
---	-------

Verwendete Materialien

Implantatbettaufbereitung

Ablativ (maschinell) Bone Spreading Gewindeschneider	Bone Expanding Bone Condensing
--	-----------------------------------

Sonstiges

Heilung

Subgingival	Transgingival
-------------	---------------

Prothetische Versorgung

Rein Implantat-getragen Einzelzahnversorgung Abnehmbare Brücke Abnehmbare Teilprothese Zementiert	Kombiniert Implantat-/Zahn-getragen Totalprothese Festsitzende Brücke Verschraubt
---	--

Befund vor Explantation

Eigenbeweglichkeit Osteolyse (um Implantat) Periimplantitis	(horizontaler) Knochenabbau Okklusale Überbelastung Infektion (umgeb.) Weichgewebe
---	--

Sonstiges

Anmerkungen

.....

.....

Datum

Unterschrift