

Implantatverlustbogen

Implantat bitte sterilisiert und einzeln in Sterilisationsfolie verpackt einsenden!

Senden Sie das Implantat mit Bogen bitte an eine der folgende Adressen: Praxis:

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
--	---	--

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

Dampfsterilisation:
 andere Methode: Datum/Unterschrift:

Bitte füllen Sie für jedes Implantat einen separaten Bogen aus!

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

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"/> 8 7 6 5 4 3 2 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"/> 8 7 6 5 4 3 2 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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)	Keine
Simultan mit Implantation	

Verwendete Materialien

Implantatbettaufbereitung

Ablativ (maschinell)	Bone Expanding
Bone Spreading	Bone Condensing
Gewindeschneider	

Sonstiges

Heilung

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

Prothetische Versorgung

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

Befund vor Explantation

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

Sonstiges

Anmerkungen

Datum

Unterschrift