

# Implantatverlustbogen

**Implantat bitte sterilisiert und einzeln in Sterilisationsfolie verpackt einsenden!**

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

<b>SIC invent AG</b> Aeschengraben 20 4051 Basel	<b>SIC invent Deutschland GmbH</b> Willi-Eichler-Strasse 11 37079 Göttingen	<b>SIC invent Austria GmbH</b> 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"/> 8 7 6 5 4 3 2 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8
<b>R</b> _____ <b>L</b>	
8 7 6 5 4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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 .....