|  |
| --- |
| **Praxis:** |

Senden Sie das Implantat mit Bogen bitte an folgende Adresse:

**SIC invent AG**

**Aeschengraben 20**

**CH-4051 Basel**

Bitte füllen Sie für jedes Implantat einen separaten Bogen aus!

Wenn möglich bitte Röntgenbilder beilegen. **Bitte Patientendaten anonymisieren**.

Bei Eiterbildung bakterielle Diagnose hilfreich.

|  |  |
| --- | --- |
| Name |   |
| Straße  |   |
| PLZ/Ort |   |
| Telefon |   |
| Kundennummer |   |

**Kunde/Chirurg**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implantat: |  | Röntgenbilder: |
| Bezeichnung |  |  |  | Vor Implantation |
|  |  |  |  |  |
| REF / Artikel-Nr. |  |  |  | Nach Implantation |
|  |  |  |  |  |
| LOT / Chargen-Nr. |  |  |  | Nach Explantation |

**Anlagen**

**Vorkommnis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Keine Osseointegration |   | Keine Primärstabilität |
|  |  |  |  |  |  |  |
|   | Sonstiges  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Implantatposition** (Bitte kennzeichnen)  |  |

**Patienteninformation** Patientennummer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mundhygiene |   | gut |   | durchschnittlich |   | schlecht |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Knochenqualität |   | I |   | II |   | III |   | IV |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Patientenvorgeschichte |   | Raucher |   | Diabetiker |   | Bruxismus |  |  |

Kau-/Beiß-Gewohnheiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­­­­

Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum der** Implantation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prothet. Versorgung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Ja |   | Nein |

 Explantation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sofortbelastung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Phase des Verlusts/** |   | Einheilphase |   | Wiedereröffnung |
| **der Explantation** |  |  |  |  |
|  |   | Vor prothetischer Belastung |   | Nach prothetischer Belastung |
|   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Augumentation** |   | Präoprativ (2-phasig) |   | Keine |
|  |  |  |  |  |
|  |   | Simultan mit Implantation |  |  |

Verwendete Materialien \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Implantatbettaufbereitung** |   | Ablativ (maschinell) |   | Bone Expanding |
|  |  |  |  |  |
|  |   | Bone Spreading |   | Bone Condensing |
|  |  |  |  |  |
|  |   | Gewindeschneider |  |  |

Sonstige \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Heilung** |   | Subgingival |   | Transgingival |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prothetische Versorgung** |   | Rein Implantat-getragen |   | Kombiniert Implantat-/Zahn-getragen |
|  |  |  |  |  |
|  |   | Einzelzahnversorgung |   | Totalprothese |
|  |  |  |  |  |
|  |   | Abnehmbare Brücke |   | Festsitzende Brücke |
|  |  |  |  |  |
|  |   | Abnehmbare Teilprothese |   |  |
|  |  |  |  |  |
|  |   | Zementiert |   | Verschraubt |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Befund vor Explantation** |   | Eigenbeweglichkeit |   | (horizontaler) Knochenabbau |
|  |  |  |  |  |
|  |   | Osteolyse (um Implantat) |   | Okklusale Überbelastung |
|  |  |  |  |  |
|  |   | Periimplantitis |   | Infektion (umgeb.) Weichgewebe |

Sonstige \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anmerkungen** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_