

Produktreklamation / Product Failure Report

1. Informationen zum Behandler

(Practitioner Information)

Implantologe: <small>(Surgeon Name)</small>	Praxis: <small>(Office)</small>
Anschrift: <small>(Address)</small>	
Telefon: <small>(Phone)</small>	Fax:
Grund der Rücksendung: <small>(Reason of Returning)</small>	

2. Informationen zum Patient

(Patient Information)

Patienten Nr.: <small>(Patient ID)</small>	Geschlecht: ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> <small>(Sex)</small>	Alter: <small>(Age)</small>
---	---	--------------------------------

3. Medizinischer Hintergrund

(Medical History)

Bruxismus: <input type="checkbox"/> <small>(Bruxism)</small>	Raucher: <input type="checkbox"/> <small>(Tobacco Use)</small>	Alkohol: <input type="checkbox"/> <small>(Alcoholism)</small>	Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> <small>(Hypertension)</small>	Diabetis: <input type="checkbox"/> <small>(Diabetics)</small>
Herzkrank: <input type="checkbox"/> <small>(Cardiac Disease)</small>	Krebs: <input type="checkbox"/> <small>(Cancer)</small>	Andere (bitte vermerken): <small>(Others Please explain)</small>		

4. Mundhygiene

(Oral Hygiene)

Gut: <input type="checkbox"/> <small>(Good)</small>	Mäßig: <input type="checkbox"/> <small>(Moderate)</small>	Mangelhaft: <input type="checkbox"/> <small>(Poor)</small>
--	--	---

5. Knochenqualität

(Bone Condition)

Gut (D1,D2): <input type="checkbox"/> <small>(Good)</small>	Mäßig (D3): <input type="checkbox"/> <small>(Moderate)</small>	Mangelhaft (D4): <input type="checkbox"/> <small>(Poor)</small>
--	---	--

6. Chirurgische/implantologische Informationen

(Surgery Information)

Klassisch 2-Zeitig: <input type="checkbox"/> <small>(Traditional 2 Stage)</small>	1-Zeitig: <input type="checkbox"/> <small>(1 Stage)</small>	Keine Stabilität/Einheilung: <input type="checkbox"/> <small>(Initial implant failure)</small>
Geschlossene Einheilung: <input type="checkbox"/> <small>(Fixture was placed with primary closure)</small>		Versorgung mit Healing Abutment: <input type="checkbox"/> <small>(Healing Abutment Loaded)</small>
Prothetische Versorgung: Single: <input type="checkbox"/> Bridge: <input type="checkbox"/> Denture: <input type="checkbox"/> <small>(Prosthetics attachment)</small>		
Andere (bitte vermerken): <small>(Other Please explain)</small>		

7. Augmentation mit Ersatzmaterial:

(Bone Augmentation Material Use)

Ja: <input type="checkbox"/> <small>(Yes)</small>	Nein: <input type="checkbox"/> <small>(No)</small>
--	---

8. Infos zum Implantat

(Operation Spot)

Implantat Position (Zahn) <small>(Implant Location No.)</small>	Implantat Bezeichnung <small>(Fixture Model)</small>	LOT-Nummer <small>(Lot. No.)</small>

9. Implantat wurde entfernt, weil.....

(Implant was removed because)

Infektion <input type="checkbox"/> <small>(Infection)</small>	Schmerzen <input type="checkbox"/> <small>(Pain)</small>	Empfindlichkeit <input type="checkbox"/> <small>(Abnormal Sensation)</small>	Knochen Zustand <input type="checkbox"/> <small>(Bone Condition)</small>	Implantat Bruch <input type="checkbox"/> <small>(Implant Fracture)</small>	Falsche Größe <input type="checkbox"/> <small>(Sizing)</small>
Mundhygiene <input type="checkbox"/> <small>(Poor Oral Hygiene)</small>	Gesundheitlicher Einfluss <input type="checkbox"/> <small>(Patient Health Habit)</small>	chir. Trauma <input type="checkbox"/> <small>(Unexpected Surgical Trauma)</small>	Andere (bitte vermerken): <small>(Others Please explain)</small>		

WICHTIG

Bei Rücksendung müssen die Implantate steril verpackt sein. Versenden Sie so, dass die Steril-Verpackung beim Transport nicht beschädigt werden kann.