

Garantieformular

Informationen zum Vorfall (bitte bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

Hygiene um das Implantat sehr gut gut mittel schlecht

War einer oder mehrere der folgenden Punkte am Vorfall beteiligt?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trauma/Unfall | <input type="checkbox"/> Implantatbruch | <input type="checkbox"/> Ungenügende Knochenqualität/-quantität |
| <input type="checkbox"/> Biomechanische Überlastung | <input type="checkbox"/> Überhitzung des Knochens | <input type="checkbox"/> Vorhergehende Knochenaugmentation |
| <input type="checkbox"/> Sofortimplantation | <input type="checkbox"/> Peri-Implantitis | <input type="checkbox"/> Nervenkompression |
| <input type="checkbox"/> Angrenzender endodontisch versorgter Zahn | <input type="checkbox"/> Infektion | <input type="checkbox"/> Sinusperforation |
| Andere _____ | <input type="checkbox"/> Zunge | <input type="checkbox"/> Bruxismus |

Beim Implantatverlust wurde folgendes festgestellt (bitte Zutreffendes angeben)

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Blutung | <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Taubheit |
| <input type="checkbox"/> Instabilität | <input type="checkbox"/> Fistel | <input type="checkbox"/> Asymptomatisch | Andere _____ |

Wurde die Prothetik eingegliedert? Nein Ja - füllen Sie bitte den Abschnitt Informationen zur Prothetik aus.

Bitte beschreiben Sie, warum es Ihrer Meinung nach zum Implantatverlust kam bzw. das Implantat entfernt werden musste

Informationen zur Prothetik

Art der Prothetik? Krone Brücke Teilprothese (oben) Teilprothese (unten)
 Vollprothese (oben) Vollprothese (unten) Teleskop

Andere _____

Wann wurde das Sekundärteil eingesetzt? Datum der Entfernung des Sekundärteils

Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet? Ja Nein Nicht bekannt Anzugsmoment Ncm

Datum der provisorischen Versorgung Datum der endgültigen Versorgung

Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt? Ja Nein

Kommentar

Instrumente (bitte bei Rückgabe von Instrumenten ausfüllen)

Ungefähre Zahl der Anwendungen (nur schneidende Instrumente) Erstgebrauch 2-5 6-10 10-15 über 15

Art der Reinigung Manuell Ultraschall Thermodesinfektion Andere _____

Art der Sterilisation Autoklavierung Trockenhitze Chemiklavierung

Kurze Beschreibung des Vorfalls

Alle Produkte, welche zurück gesendet werden, sind zu autoklavieren und als „steril“ zu kennzeichnen.

Ergänzen Sie bitte alle notwendigen Angaben der zu reklamierenden Produkte in diesem Garantieformular unter Beachtung der Garantiebedingungen der DRS International GmbH und senden Sie dieses Formular, inkl. der autoklavierten Produkte und Röntgenbilder an DRS International GmbH zurück.

Zur Rücksendung gepolsterte Versandtasche verwenden – bei Verlust einzelner Gegenstände während des Versands erlischt die Garantie.

Unterschrift des Arztes _____

Datum _____