



1. Allgemeine Informationen

1.1 Informationen zur Klinik/Praxis

1. Name und Adresse

2. Name des behandelnden Arztes

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Nur so ist eine anschließende, sorgfältige Untersuchung der Reklamation möglich.

1.2 Patienteninformation

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____

1.3 Art der Reklamation (genaue Beschreibung der Beanstandung)

Datum des Vorfalls (falls benennbar) : _____

2. Anamnese

2.1 Indikation & Diagnose - Basisindikation

- Zahnloser Oberkiefer Teilbezahnter Kiefer (Lücke \leq 3 Zähne)
- Zahnloser Unterkiefer Teilbezahnter Kiefer (Lücke $>$ 3 Zähne)
- Einzelzahnlücke (Ober-/Unterkiefer)
-
-
-

2.2 Genereller Gesundheitsstatus

- Allergien _____ Alkohol- oder Drogenmissbrauch Blutgerinnungsstörung
- Bruxismus Chemotherapie/Strahlentherapie Diabetes
- Mangelnde Mundhygiene Raucher
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme von _____
- Sonstiges _____

3. Produktinformationen

Implantat		
Produktname:	LOT Nr.:	Artikel Nr.:

Knochenersatzmaterial		
Produktname:	LOT Nr.:	Artikel Nr.:

Prothetik		
Produktname:	LOT Nr.:	Artikel Nr.:

4. OP

4.1 OP-Daten

Regio der Implantation: _____ UK OK

Implantationsdatum: _____

Datum der Freilegung: _____

4.2 OP-Technik / Verlauf der OP

Einbringen des Implantates manuell mit Drehmomentschlüssel mit Chirurgiemotor

Wurde der Versenker angewendet? nein ja

Wurde das Gewinde vorgeschritten? nein ja

Gab es Komplikationen bei der Aufbereitung des Implantatbettes? nein ja

Wenn ja welche: _____

War die Primärstabilität gegeben? nein ja

Wurde die Osseointegration erreicht? nein ja

Wurden Augmentationstechniken angewendet? nein ja

Wenn ja welche: _____

Welche Materialien wurden verwendet? _____

4.3 Bilder Management

Sollten Sie über den hier beschriebenen Fall eine Fotodokumentation erstellt haben bitten wir Sie, diese beizufügen und zu den Fotos eine genauere Beschreibung anzugeben.

Bild:

Beschreibung

Bild:	Beschreibung
Röntgen (obligatorisch)	
Ausgangssituation (Bild-ID)	
Klinik 1 (Bild-ID)	
Klinik 2 (Bild-ID)	
Klinik 3 (Bild-ID)	
Post-OP (Bild-ID)	

4.5 Post-OP Management

Wurden Antibiotika eingesetzt? nein ja

Wenn ja: Handelsname/Wirkstoff und Dosierung

War die prothetische Versorgung abgeschlossen? nein ja

Art der Prothetik: _____

Wie wurde die Prothetik angebracht? manuell Drehmomentratsche Chirurgiemotor

Mit wie viel Ncm wurde/n die Schraube/n angezogen? _____

Wurde die Zentralschraube nach 2 Wochen nachgezogen? nein ja

5. Ursachenanalyse

5.1 Stellungnahme

Bitte erläutern Sie, warum es Ihrer Meinung nach zum Vorfall kam.

5.2 Mögliche Gründe für den Verlust (nur bei Implantatverlust)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Granulation | <input type="checkbox"/> Infektion | <input type="checkbox"/> Knochenverlust |
| <input type="checkbox"/> Knochenbruch | <input type="checkbox"/> Narbengewebe | <input type="checkbox"/> Nervenkompression |
| <input type="checkbox"/> Peri-Implantitis | <input type="checkbox"/> Sofortimplantation | <input type="checkbox"/> Unfall/Trauma |
| <input type="checkbox"/> Überbelastung | <input type="checkbox"/> Überhitzung des Knochens | <input type="checkbox"/> sonstige _____ |

5.3 Befunde beim Implantatverlust (nur bei Implantatverlust)

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

Vielen Dank, dass Sie den Fragebogen ausgefüllt haben. Nach eingehender Prüfung erhalten Sie selbstverständlich Ersatz für das reklamierte Produkt, wenn sich ein Mangel an dem Produkt bestätigt. Falls Sie ein abweichendes Ersatzprodukt wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Unbedingt beachten: Alle Produkte müssen ungesäubert, aber steril verpackt sein. Für die Rücksendung sollte eine gepolsterte Versandtasche verwendet werden. Sollten Einzelteile wegen unzureichender Verpackung verloren gehen, erlischt die Garantie! Danke!

Unterschrift des Behandlers

Datum

Praxis-Stempel:

Meoplant Medical GmbH
Malchiner Straße 99 | D-12359 Berlin
Tel.: 030 - 80 933 41 66 | FAX: 030 - 80 933 41 79
www.meoplant.de

Diagnosebogen 01 | Version vom 17.01.2017

