

<b>Angaben zum Implantologen</b>			Interne Dokumentations-Nr. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr></table>										
<input type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Oralchirurg	<input type="checkbox"/> MKG											
Praxis/Klinik		Kunden-Nr.											
Titel/Name Ansprechpartner		Telefon	Fax										
Straße		PLZ/Ort											
<b>Angaben zum prothetisch behandelnden Arzt / zum zahntechnischen Labor (falls abweichend)</b>													
Praxis/Labor		Kunden-Nr.											
Titel/Name Ansprechpartner		Telefon	Fax										
Straße		PLZ/Ort											
<b>Angaben zum Patienten</b>													
Identifikationsnr.		<input style="width: 40px;" type="text"/> Alter	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich										
<input type="checkbox"/> starker Raucher	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus												
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen												
<input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> Bruxismus												
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Allergien _____												
<input type="checkbox"/> Andere medizinische Faktoren: _____													
Mundhygiene		<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut										
		<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> unzureichend										
<b>Angaben zur möglichen Ursache des Mißerfolgs</b>													
<b>Bitte senden Sie uns die beanstandeten Artikel autoklaviert/gereinigt und sorgfältig verpackt zurück.</b>													
Um den Fall beurteilen zu können, benötigen wir von Ihnen folgende Aufnahmen (in Kopie):													
<b>Panorama-Röntgenaufnahme</b>		<input type="checkbox"/> präoperativ	<input type="checkbox"/> postoperativ										
<input type="checkbox"/> nach Eintritt des Mißerfolgs	<input type="checkbox"/> mit prothetischer Versorgung	<input type="checkbox"/> Einzelzahn-Kontrollaufnahme											
Hiermit reiche ich die Falldokumentation mit den entsprechend ausgefüllten Anlagen ein:													
<input type="checkbox"/> <b>Anlage 1: Implantat</b>		<input type="checkbox"/> <b>Anlage 2: Prothetik</b>											
<input type="checkbox"/> <b>Anlage 3: Instrumentarium/Zubehör/Biomaterialien</b>		<input type="checkbox"/> <b>Anlage 4: Kennzeichnung/Verpackung</b>											
_____		_____											
Ort, Datum		Unterschrift											

# FALLDOKUMENTATION

## Anlage 1: Implantat

<b>Angaben zum Implantat</b>													
Artikel-Nr.	OT-F <sup>1</sup> <small>Nanoplast TPS</small>	OT-F <sup>2</sup>	OT-F <sup>3</sup>	BiCortice <sup>®</sup>	Ø mm	Länge	Lot-Nr.					<b>Nr.</b>	
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								1
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								2
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								3
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								4

**Wichtig:** Diese Implantat-Nummern bitte in den folgenden Angaben eintragen bzw. ankreuzen. ↑

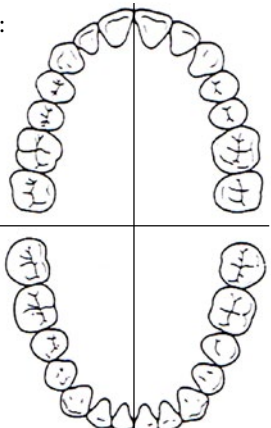
<b>Angaben zur Position aller gesetzten Implantate</b>														
Implantat-Nr. <small>(oben beschrieben)</small>														
Knochenqualität	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
Knochenqualität	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>
Implantat-Nr. <small>(oben beschrieben)</small>														

<b>Angaben zur Implantation</b> (Bitte tragen Sie hier das jeweilige Datum ein)				
Implantat-Nr.	1	2	3	4
Implantation				
Freilegung				
Temporäre Versorgung				
Definitive Versorgung				
Explantation				

<b>Angaben zum Implantationszeitpunkt</b> (Bitte Implantatnummer ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Sofortimplantation <input type="checkbox"/> verzögerte Implantation <small>(nach wieviel Wochen?)</small> <input type="checkbox"/> Spätimplantation	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 2 3 4</span> <span>gedeckte Einheilung</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>— — — —</span> <span>transgingivale Einheilung</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 2 3 4</span> </div>

<b>Angaben zur Augmentation</b> (Bitte Implantatnummer ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> präoperativ (nach wieviel Wochen?) <input type="checkbox"/> autologer Knochen <input type="checkbox"/> Knochenersatzmaterial <input type="checkbox"/> Membran	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>— — — —</span> <span>intraoperativ</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 2 3 4</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 2 3 4</span> <span>Produkt/Hersteller: _____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 2 3 4</span> <span>Produkt/Hersteller: _____</span> </div>

<b>Angaben zum Vorfall</b> (Bitte Implantatnummer ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Bindegewebige Einscheidung <input type="checkbox"/> Periimplantitis <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Verpackung/Kennzeichnung <input type="checkbox"/> Andere _____	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 2 3 4</span> <span>fehlende Primärstabilität</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 2 3 4</span> <span>nicht erfolgte Osseointegration</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 2 3 4</span> <span>prothetische Fehlbelastung</span> </div>

<b>Angaben zu den prothetischen Aufbauten</b>						
Artikel-Nr.	Artikel-Bezeichnung	Ø mm	Winkel	GH	Lot-Nr.	Nr.
-					/	I
-					/	II
-					/	III
-					/	IV
<b>Wichtig: Diese Prothetik-Nummern bitte in den folgenden Angaben eintragen bzw. ankreuzen.</b> <span style="float: right;">↑</span>						
<b>Angaben über den Zeitpunkt der prothetischen Versorgung</b> (Bitte Prothetik-Nummer ankreuzen) <input type="checkbox"/> Sofortversorgung <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> frühzeitige Belastung (nach wieviel Wochen?) <input type="checkbox"/> Sofortbelastung <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Versorgung nach abgeschlossener Osseointegration <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
<b>Angaben zur prothetischen Gestaltung des Zahnersatzes</b> Skizze:  Notizen: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						
<b>Angaben zum Status des antagonistischen Kiefers</b> <input type="checkbox"/> natürliche Zähne <input type="checkbox"/> Kronen/Brücken <input type="checkbox"/> partielle Prothese <input type="checkbox"/> totale Prothese						
<b>Angaben</b> Wurde eine neuwertige Definitivschraube eingesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wurde(n) die Abutmentschraube(n) mit einem Drehmomentschlüssel festgezogen? _____ Ncm <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wie wurde die prothetische Gestaltung des Zahnersatzes geplant bzw. durchgeführt? <input type="checkbox"/> festsitzend (zementiert) <input type="checkbox"/> bedingt herausnehmbar (verschraubt) <input type="checkbox"/> herausnehmbar (Verankerungssystem)						
<b>Angaben zum Vorfall</b> <input type="checkbox"/> Lockerung der Versorgung <input type="checkbox"/> Schraubenfraktur <input type="checkbox"/> Abutmentfraktur						
<b>Angaben zur möglichen Ursache des prothetischen Mißerfolgs</b>  <hr/> <hr/> <hr/>						

# FALLDOKUMENTATION

## Anlage 3: Instrumentarium/Zubehör/Biomaterialien

Angaben zum Instrumentarium/Zubehör						
Artikel-Nr.	Artikel-Bezeichnung	OT-F <sup>1</sup>	OT-F <sup>2</sup>	OT-F <sup>3</sup>	BiCortic®	Lot-Nr.
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/

Angaben zu den Instrumenten/Zubehör								
Anzahl der Anwendungen (bei Bohrern)	<input type="checkbox"/>	1. Gebrauch	<input type="checkbox"/>	2-15	<input type="checkbox"/>	über 15		
Reinigungsverfahren	<input type="checkbox"/>	Manuell	<input type="checkbox"/>	Ultraschall	<input type="checkbox"/>	Desinfektion	<input type="checkbox"/>	Sterilisation
Reinigungs- bzw. Desinfektionsmittel	_____							
Sterilisationsverfahren	_____							

Angaben zur Rückgabe von Instrumentarium/Zubehör

Angaben zu Biomaterialien				
Artikel-Nr.	Artikel-Bezeichnung	Größe	Menge	Lot-Nr.
-				/
-				/
-				/

Angaben zur Biomaterialien Rückgabe

# FALLDOKUMENTATION

## Anlage 4: Kennzeichnung/Verpackung

Angaben zum Produkt						
Artikel-Nr.	Artikel-Bezeichnung	OT-F <sup>1</sup>	OT-F <sup>2</sup>	OT-F <sup>3</sup>	BiCortic <sup>®</sup>	Lot-Nr.
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Angaben zur Rückgabe bzw. Abweichung						