

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

Senden Sie das Implantat mit Bogen

bitte an folgende Adresse:

**SIC- invent Deutschland GmbH**

**Willi-Eichler-Straße 11**

**37079 Göttingen**

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**

**Anlagen** Implantat:Röntgenbilder:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Bezeichnung |  |
| REF / Artikel-Nr. |  |
| LOT / Chargen-Nr. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Vor Implantation | |
|  |  |  |
|  | Nach Implantation | |
|  |  |  |
|  | Nach Explantation | |

**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** |  | Präoperativ (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_