

Reklamationschein

Von der Niederlassung auszufüllen

Selling Location/ DI Division: _____

Complaint ref. no. of Selling Location/ DI Division: _____ **Vorgangs-Nr:** _____

Behandler/Labor Kundennr. _____

Name _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Ansprechpartner/ Tel. _____



Reklamiertes Produkt (Implantat, Komponente, Instrument, etc.)

Astra Tech Implant System Ankylos Frialit/ Xive _____

Artikel-Name _____ Artikel-Nr. _____ Lot-Nr. _____ unbekannt

ggf. Begleitprodukt: _____

Art des Vorfalls

Datum des Vorfalls ----- _____

Fehlende Primärstabilität Implantatverlust Implantatfraktur

Anderes chirurgisches oder Insertions-Problem (bitte nähere Beschreibung)

Abutmentfraktur Schraubenfraktur Lockerung Passungsproblem

Instrumenten-Problem (bitte nähere Beschreibung)

Sonstiges (bitte nähere Beschreibung)

Nähere Beschreibung/sonstige Information

Position:	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	R																
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

Patienten Patienten-Nr _____

Mundhygiene gut durchschnittlich schlecht

Knochenqualität I II III IV

Patientenvorgeschichte Raucher Diabetiker Bruxer

Kau-/ Beiß-Gewohnheiten: _____

Sonstiges _____

Datum der Implantation ----- _____ Sofortimplantation ja nein

Explantation ----- _____ Sofortbelastung ja nein

prothetischen Versorgung _____ - _____ - _____ mit Aufbautyp _____

Phase des Verlustes/ der Explantation Einheilphase Wiedereröffnung vor prothetischer Belastung nach prothetischer Belastung

Einheilung subgingival transgingival

Augmentation präoperativ zeitgleich mit Implantation keine

verwendete Materialien _____

Implantatbett- Bone Condensing Bone Expanding Bone Spreading

aufbereitung ablativ Gewindeschneider Sonstiges _____

Befund vor Infektion Eigenbeweglichkeit Osteolyse

Explantation okklusale Überlastung gradualer Knochenabbau Periimplantitis

Prothetische zementiert Totalprothese rein implantatgetragen abnehmbare Brücke

Versorgung festsitzende Brücke festsitzende Teilprothese abnehmbare Teilprothese verschraubt

kombiniert implantat-/zahngetragen Einzelzahnversorgung

Anmerkungen _____

Produkt liegt bei sonstige Anlagen _____

Produkt wird nachträglich eingesandt, weil _____

Produkt wird nicht eingesandt, weil _____