Dokumentation im Falle eines Implantatverlustes

lfd. Nummer der Meldung	Sachbearbeiter
Adresse des Chriurgen und Kunden-Nr.	**Adresse des Prothetikers und Kunden-Nr.**
Adresse des zahntechn. Labors und Kunden-Nr.	**Anamnese** allgemeine Erkrankungen .... Knochenqualität D1 ❑ D2 ❑ D3 ❑ D4 ❑ Horizontales Knochenangebot ..... mm Vertikales Knochenangebot ..... mm

Implantat, Produkt Code, Lot Nr.	Durchmesser 2,5 ❑ 3,0 ❑ 3,5 ❑ 4,0 ❑ 4,5 ❑ 5,0 ❑ 6,0 ❑ 7,0 ❑
.....	Länge 6,0 ❑ 7,0 ❑ 8,5 ❑ 10,0 ❑ 11,5 ❑ 13,0 ❑ 15,0 ❑
.....	

Zahnschema und Planung Bitte Position des Implantatverlustes genau kennzeichnen

	R																L	
Befund																		Planung
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
Befund																		
																		Planung

Mundhygiene gut ❑ mittel ❑ schlecht ❑	Parodontale Erkrankung? ❑ Parodontale Vorbehandlung erfolgt? ❑

Grund des Zahnverlustes Trauma ❑ Karies ❑ Endomißerfolg ❑ PAR ❑ sonstiges .....

Implantationsdatum	**Implantationsart** subgingival ❑ transgingival ❑ sofort belastet ❑ Sofortimplantation ❑ verzögerte Sofortimplantation ❑ normale Implantation ❑

Besonderheiten bei der OP z.B. Verlust der vestibulären Lamelle, Kontamination mit Speichel etc.

Augmentative Verfahren präoperativ ❑ simultan mit der Implantation ❑ welche .....

Explantationsdatum	Vermutete Verlustursache

Verlustzeitpunkt	während der Implantation ❑ während der Einheilphase vor der Nahtentfernung ❑ während der Implantatöffnungsphase ❑ während der Tragezeit der Suprakonstruktion ❑

Prothetische Versorgung: **Aufbau mit originalen Osstem Abutments** **ja** ❑ **nein** ❑

Festsitzend mit Mesiostruktur	❑	Extension nach mesial	❑
ohne Mesiostruktur	❑	Extension nach distal	❑
Einzelzahnimplantat	❑	Länge der Extension in mm	.....
Einzelzahnimplantat mit natürlicher Bezahnung verbunden	❑	Kronen in Molarenbreite	❑
Implantatbrücke	❑	Kronen in Prämolarenbreite	❑
Extensionsbrücke	❑		

Herausnehmbare Versorgung Stegversorgung ❑ Kugelkopf-Verbindung ❑ Konuskronen ❑

Zur Qualitätssicherung benötigen wir folgende Unterlagen:

temporär
Kopie der Röntgenaufnahme direkt vor der Implantation
Kopie der Röntgenaufnahme direkt nach der Implantation
Kopie der Röntgenaufnahme direkt vor der Entfernung

Rückgabe Steril verpackt
Das explantierte Implantat

Datum Unterschrift