

# GARANTIE-FRAGEBOGEN



## KUNDENINFORMATIONEN

Kontaktdaten und Anschrift		Kundennummer
Praxisname		
Ansprechpartner		
Anschrift (oder Praxisstempel)		

## PRODUKTINFORMATIONEN (Artikel bitte in steriler Form diesem Formular beilegen)

<input type="checkbox"/> Implantat	<input type="checkbox"/> Prothetik-Komponenten	<input type="checkbox"/> Instrumente/ Sonstiges
------------------------------------	--	---

Artikel-Nr.	LOT-Nr./ Serien-Nr.	Zahnposition (Regio)

Ich bestätige hiermit, dass:

(bitte das/die entsprechende/n Kästchen ankreuzen)

- das anbei gesendete Medizinprodukt nicht mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist und somit hygienisch unbedenklich ist. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift (siehe Seite 3)
- das anbei gesendete Medizinprodukt bei der Anwendung mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist.  
Das Produkt wurde dekontaminiert.

## FALLSPEZIFIZIERUNG

Fallbeschreibung
<input type="checkbox"/> Implantat, Keine Osseointegration
<input type="checkbox"/> Implantat, Nicht erreichte Primärstabilität
<input type="checkbox"/> Kontamination (Unterbrechung der Sterilbarriere)
<input type="checkbox"/> Abutment- oder Implantatfraktur
<input type="checkbox"/> Andere Fallspezifizierung: <hr/> <hr/> <hr/>

## GEWÜNSCHTE KORREKTURMASSNAHME

Maßnahme
<input type="checkbox"/> Ursachenanalyse
<input type="checkbox"/> Ersatz des betroffenen Produktes (identischer Artikel)
<input type="checkbox"/> Ersatz des betroffenen Produktes (anderer Artikel)
Artikelnummer: _____
Andere Korrekturmaßnahme: <hr/> <hr/> <hr/>

# GARANTIE-FRAGEBOGEN

Wir bitten darum, uns im Zuge der Informationsübertragung, durch Anonymisierung, keine persönlichen Patientendaten zukommen zu lassen (wie z.B. Name / Geburtsdatum etc.).

## PATIENTENINFORMATIONEN

Grundinformationen				
Implantationsdatum				Explantationsdatum
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers	Alter

## AUSZUFÜLLEN BEI IMPLANTAT, KEINE OSSEointegration

Patienteninformationen bei fehlender Osseointegration				
Mundhygiene	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Schlecht	
Raucht der Patient?	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Vorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja:		
Medikamente	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja:		
Vitaminspiegel	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja:		
Primärstabilität erreicht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	ISQ: _____	Ncm: _____
Knochenqualität	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3
Andere Ereignisse				
UNBEDINGT AUSZUFÜLLEN - Vermutliche Ursache der nicht erfolgten Osseointegration (z.B. Peri-Implantitis, Infektion, Hygiene etc.):      				

## AUSZUFÜLLEN BEI IMPLANTAT, KEINE PRIMÄRSTABILITÄT

Informationen bei fehlender Primärstabilität					
Primärstabilität erreicht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	ISQ: _____	Ncm: _____	
Knochenqualität	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> D1	D2	D3	D4
Finaler Bohrdurchmesser	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Final wurde auf Ø _____ mm aufgebohrt			
Gewindeschneider verwendet?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
Zusätzliche operative Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wie folgt: _____			

## AUSZUFÜLLEN BEI KONTAMINATION, UNTERBRECHUNG DER STERILBARRIERE

<b>Informationen bei unterbrochener Sterilbarriere</b>	
Reklamationsgrund (z.B. falsch geöffnet, zu Boden gefallen etc.)	_____
	_____

## AUSZUFÜLLEN BEI ABUTMENT- ODER IMPLANTATFRAKTUR

<b>Informationen bei Komponenten-Fraktur</b>			
Insertionstiefe bei Implantation	<input type="checkbox"/> Subkrestal, _____ mm	<input type="checkbox"/> Epikrestal	<input type="checkbox"/> Suprakrestal
Periimplantäre Verlsthöhe	_____ mm		
Art der prothetischen Versorgung	_____		

## AUSZUFÜLLEN BEI ANDERE FALLSPEZIFIZIERUNGEN

<b>Informationen bei anderen Fallspezifizierungen</b>	
Reklamationsgrund (z.B. Passung, Nutzungseinschränkung Instrumente etc.)	_____
	_____

## BESTÄTIGUNG

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen sowie das dekontaminierte Produkt an:

**ARGON Dental Vertriebs GmbH & Co. KG**  
Franz-Kirsten-Str. 1  
55411 Bingen am Rhein

Bitte verwenden Sie für die Rücksendung eine gepolsterte Versandtasche, um Versandschäden oder Verlust zu vermeiden.

**Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden.**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

### Datenschutzhinweis :

Personenbezogene Daten werden ausschließlich zur Erhebung von Informationen für statistische Zwecke verwendet. Der Kunde erklärt sich damit einverstanden, dass die Daten zur weiteren Bearbeitung und Rücksprache bezüglich des Geschäftsvorfalls durch ARGON verwendet werden dürfen. Die Daten werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Bei Datenverarbeitungsvorgängen sieht die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) allgemein ein Recht auf Auskunft gegenüber der verantwortlichen Stelle vor, sowie weitere Rechte auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten oder ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 15 ff. DS-GVO). Auch besteht ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde. Eine Speicherung der Daten erfolgt gemäß der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Weitere Hinweise zum Thema Datenschutz sind zu finden unter: [www.argon-dental.de](http://www.argon-dental.de)