

KUNDENINFORMATIONEN

Kontakt Daten 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:

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:

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 <input type="checkbox"/> D4
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	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> 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

Informationen bei unterbrochener Sterilbarriere

Reklamationsgrund
(z.B. falsch geöffnet, zu Boden
gefallen etc.)

AUSZUFÜLLEN BEI ABUTMENT- ODER IMPLANTATFRAKTUR

Informationen bei Komponenten-Fraktur

Insertionstiefe bei Implantation

☐ Subkrestal, ____mm

☐ Epikrestal

☐ Suprakrestal

Periimplantäre Verlusthöhe

____mm

Art der prothetischen Versorgung

AUSZUFÜLLEN BEI ANDERE FALLSPEZIFIZIERUNGEN

Informationen bei anderen Fallspezifizierungen

Reklamationsgrund
(z.B. Passung, Nutzungsein-
schränkung 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