

PACJENT

(ANAMNESE)

Choroby ogólne: _____

(Allgemeinerkrankungen)

Przyjmowane leki: _____

(Medikamenteneinnahme)

Choroby neurologiczne: _____

(Neurologische Leiden)

Palacz: tak nie

(Raucher)

(ja)

(nein)

Inne: _____

(Sonstiges)

Okluzja: Klasa Angle'a I IIa IIb III

(Okklusion)

(Angle-Klasse)

Trudności ślizgowe: _____

(Gleithindernisse)

Wydłużone zęby: _____

(Elongierte Zähne)

Interkuspidacja: prowadzenie kłowe prowadzenie grupowe

(Intercuspitation)

(Eckzahnführung)

(Gruppenführung)

Nachylenie guzków: strome średnie płaskie brak

(Hockeneigung)

(steil)

(moderat)

(flach)

(keine)

Parafunkcje: bruksizm parcie języka

(Parafunktionen)

(Bruxismus)

(Zungenpressen)

Przypuszczalne przyczyny niepowodzenia (utrata implantu / komplikacje)

Vermutete Ursachen bei Misserfolg (Implantatverlust / Komplikationen)

 Niewystarczająca ilość tkanki kostnej

(Unzureichendes Knochenangebot)

 Trauma przy osadzeniu

(Trauma bei Insertion)

 pierwotnie niestabilny uszkodzenie blaszki kostnej

(primär instabil)

(bukkalen Knochenlamelle frakturiert)

 ekstremalnie twarda kość jednoczasowa implantacja i augmentacja

(extrem harter Knochen)

(Implantation und Augmentation einseitig)

 Zbyt krótka faza gojenia

(Einheilphase zu kurz)

 Zapalenie podczas:

(Entzündung während)

 fazy gojenia uzupełnienia protetycznego fazy Recall

(der Einheilphase)

(der protetischen Versorgung)

(der Recall-Phase)

 Trauma okluzyjna

(Okklusales Trauma)

 Inna trauma

(Sonstiges Trauma)

 Inna przyczyna

(Andere Ursache)

Opis komplikacji z datami (Beschreibung der Komplikation mit Behandlungsdaten)

Wird von BEGO Implant Systems ausgefüllt:

Reklamationsnr.: _____

Eingangsdatum: _____

Sachbearbeiter: _____

Miejsce, data, podpis, pieczęć (Ort, Datum, Unterschrift, Stempel)

ARKUSZ REKLAMACYJNY
(REKLAMATIONSBOGEN)**BEGO IMPLANT SYSTEMS**

Odpowiednie rozpatrzenie reklamacji nastąpi wówczas, gdy całkowicie zostanie wypełniony niniejszy arkusz reklamacyjny.

Do niniejszej reklamacji należy dołączyć:

- reklamowany produkt
- przyjęcie reklamowanego produktu nastąpi tylko wtedy, gdy zostanie on odesłany do firmy BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG zgodnie z formularzem zwrotu towaru.
- formularz zwrotu towaru
- wszystkie zdjęcia rentgenowskie dotyczącego danego przypadku
- konstrukcje protetyczne (np. most lub korony)
- ew. modele diagnostyczne i robocze
- ew. zdjęcia

Chirurg / Implantolog:

(Chirurg / Implantologe)

Imię i Nazwisko (Name)	
Adres (Anschrift)	
Telefon / Faks (Telefon / Fax)	

Protetyk:

(Prothetiker)

Imię i Nazwisko (Name)	
Adres (Anschrift)	
Telefon / Faks (Telefon / Fax)	

Pacjent:

(Patient)

Imię i Nazwisko (Name)	
Adres (Anschrift)	
Telefon / Faks (Telefon / Fax)	

Producent:
BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG
 Technologiepark Universtat - Wilhelm-Herbst-Strasse 1
 28359 Bremen Deutschland
 Telefon: +49 421 80 28 246 - Faks: +49 421 20 28 265
 www.bego-implantology.com - E-Mail: info@bego-implantology.com

Dystrybutor w Polsce:
DENON DENTAL Sp. z o.o.
 ul. Kolejowa 49
 05-520 Konstancin-Jeziorna
 Tel. 0 22 717 58 70/75/80 - Faks 022 717 58 85
 www.dental.pl E-mail: info@dental.pl

INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA
(THERAPIEDATEN)

Ekstrakcja zęba uzupełnianego implantem (tygodnie przed implantacją) : _____

(Extraktion des ersetzten Zahns - Wochen vor Implantation)

Lokalizacja implantu: _____ Data implantacji : _____

(Ort der Implantation)

(Datum der Implantation)

Szerokość kości szczytowej wyrostka zębodołowego w obrębie implantacji : _____ (mm)

(Breite des crestalen Alveolarfortsatzes am Implantationsort)

Jakość kości : D1 D2 D3 D4

(Knochenqualität)

Zastosowana ilość obrotów : _____ (obr/min)

(Angewendete Drehzahl)

(U/min)

Zastosowanie gwintowników : tak nie

(Gewinde vorgeschritten)

(ja)

(nein)

Zastosowanie wiertła poszerzającego : tak nie

(Senker verwendet)

(ja)

(nein)

Zastosowany moment obrotowy podczas osadzania implantu : _____ (N/cm)

(Aufgewandtes Drehmoment bei Insertion)

Zastosowano : klucz dynamometryczny kątница kółko ręczne żadne z wymienionych, ale :

(Verwendet wurde)

(Ratsche)

(Handstuck)

(Handrad)

(kein Werkzeug, sondern:)

Obudowa kości za pomocą : _____ Zastosowano materiały : _____

(gleichzeitig Osteoplastik mit)

(Eingesetzte Materialien):

wiórki kostne i membrana _____

(Spanen und Membrane)

siatka tytanowa / folia tytanowa _____

(Titannetz/ -folie)

onlay poziomo (śruba)* _____

(Onlay lateral - Druckschraube*)

onlay pionowo (śruba)* _____

(Onlay vertikal - Druckschraube*)

podniesienie dna zatoki (wiórki kostne) _____

(Sinusbodenelevation - Spane)

Augmentacja z zastosowaniem aloplastycznych materiałów : _____

(Augmentation mit alloplastischen Materialien)

granulat : _____

(Granulat)

granulat + membrana : _____

(Granulat + Membrane)

błoczki aloplastyczne : _____

(alloplastische Blöcke)

FAZA GOJENIA
(EINHEILPHASE)

Gojenie: zakryte częściowo zakryte otwarte

(Einheilung)

(gedeckt)

(unsicher gedeckt)

(offen)

nieobciążone częściowo obciążone z ostatecznym uzupełnieniem

(unbelastet)

(teilweise belastet)

(mit definitiven Ersatz)

Czas gojenia bez obciążania : _____ Dni (Tage)

(Einheilzeit unbelastet)

Czas pomiędzy wszczepieniem a umocowaniem ostatecznego uzupełnienia : _____ Dni (Tage)

FAZA RECALL (RECALLPHASE)

czas trwania - terminy (Recallintervalle/ -termine) : _____

stopień higieny (od 1 - bardzo dobry do 6 niewystarczający) : _____

(Hygienegrad - 1 = sehr gut bis 6 = unzureichend)

UZUPEŁNIENIE PROTETYCZNE OPARTE NA IMPLANTACH
(IMPLATATGETRAGENER ZAHNERSATZ)

Pojedyncza(e) korona(y) na implantach : _____

(Einzelkrone(n) auf Implantat)

Korony zblokowane : _____

(Kronenblock)

Most : od _____ do _____

(Brücke)

(von)

(auf)

Belka do protez ruchomych na _____ jako filar

(Steg mit abnehmbarer Prothese auf)

(als Pfeiler)

Belka do warunkowo zdejmowalnych mostów : _____ jako filar

(Steg mit bedingt abnehmbarer Brücke)

(als Pfeiler)

Zatrask kulkowy na implantach : _____

(Kugelfopfanker auf Implantat)

Wkład magnetyczny na implantach : _____ (cylinder /stożek stopniowy)

(Magnetinsert auf Implantaten)

Korony teleskopowe na: _____

(Teleskopkrone auf:)

równoległe z nachyleniem stożkowym 6° 8° 10° >10°

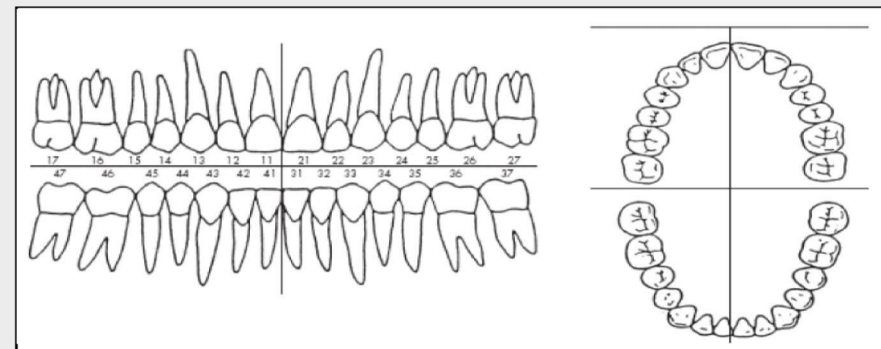
Moment obrotowy przy przykręcaniu pracy protetycznej : _____ (N/cm)

(Aufgewandtes Drehmoment bei Fixierung)

Inne: _____

(Sonstiges)

SZKIC SYTUACYJNY (UBERSICHTSSKIZZE)



PRODUKT BĄDĄCY PRZEDMIOTEM REKLAMACJI (IMPLANT / KOMPONENTY PROTETYCZNE)
(REKLAMIERTES PRODUKT - IMPLANTATE / PROTHETIKKOMPONENTEN)

pozycja implantu (Implantatposition)							
produkt (Artikel)							
numer kat. (Artikel-Nr)							
numer serii (Ch.-Nr.)							