

Dokumentationsbogen zur Nicht-Osseointegrationsgarantie

Als freiwillige Leistung bietet bredent medical für seine Implantate eine Nicht-Osseointegrationsgarantie. Die Garantie umfasst eine kostenfreie Ersatzlieferung für nicht-osseointegrierte SKY Implantate von bredent medical. Eine Gutschrift ist nicht möglich.

Für diese Leistung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Ausgefüllter Dokumentationsbogen für jeden Patienten:
 - *Angaben zum Händler (nur im Exportvertrieb).*
 - Name und Anschrift des/der Behandler(s).
 - Bitte achten Sie darauf, dass bei den Angaben keine Namen oder sonstige personenbezogenen Daten verwendet werden (Schutz der Patientendaten nach Art. 9 und Art. 11 DSGVO) sondern nur Angaben zu den allgemeinen gesundheitlichen Risiken des Patienten.
 - Angaben zur Implantation und zur Versorgung.
 - Angaben zur Explantation und klinische Ursachen für die Nichteinheilung.
 - Um uns die Möglichkeit zu geben die klinische Ursache des Implantatverlustes zu verstehen, bitten wir Sie idealerweise eine oder mehrere Kopien von Röntgenbildern beizulegen (bitte senden Sie uns keine Originalröntgenbilder zu!). Bitte achten Sie darauf, dass keine Patientennamen zu erkennen sind (Schutz der Patientendaten nach Art. 9 und Art. 11 DSGVO).

Sehr wichtig:

- Verschiedene klinisch verursachte Implantatverluste bei einem Patienten können auf einem Bogen erfasst werden, mindestens eine klinische Ursache muss jedoch ausgewählt und angekreuzt sein.
- Ohne Angabe der Chargennummer des explantierten Implantats ist eine Bearbeitung des Vorgangs nicht möglich. Falls Ihnen die Chargennummer nicht vorliegt, ist es notwendig, dass Sie uns das Kaufdatum nennen oder idealerweise die Belegnummer des Kaufs.
- Aus hygienischen Gründen und zur Vermeidung potenzieller Ansteckungsgefahr für unsere Mitarbeiter, reinigen Sie bitte die Implantate und schweißen diese in einen Sterilisationsbeutel ein. Ansonsten dürfen wir diese nicht weiterverarbeiten, wodurch die Garantie leider erlischt und die von Ihnen rückgesendeten Implantate unbearbeitet vernichtet werden müssen.
- Implantate, die während der OP nicht primärstabil inseriert werden konnten und deshalb am gleichen Tag entfernt und durch ein Implantat mit größerem Durchmesser ersetzt werden müssen, fallen nicht unter diese Garantie. Das gleiche gilt für Implantate, die während der OP unsteril wurden, weil sie z.B. auf den Boden gefallen sind.
- Sollten Prothetikaufbauten oder andere mit dem Implantat verbauten Teile gemeinsam mit dem Implantat eingeschickt werden, so werden diese von uns NICHT mehr zurückgesendet oder ersetzt. Es besteht zudem kein Anspruch auf eine Entschädigung oder ähnliches für diese anderen Teile.

Falls diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, werden die von Ihnen eingesandten NOI Implantate umgehend und ausnahmslos entsorgt und der Garantiefall wird nicht bearbeitet. Eine kostenlose Ersatzlieferung an Sie kann daher in diesen Fällen leider ebenfalls nicht erfolgen!

Für die in Anspruchnahme unserer Nicht-Osseointegrationsgarantie ist die von Ihnen ausgewählte klinische Ursache des Verlustes, selbst, nicht von Bedeutung. Wir bitten Sie jedoch im Namen unserer Forschung & Entwicklung, die klinischen Daten, die zum Verlust geführt haben, möglichst genau zu ermitteln und zu beschreiben. Diese Daten werden in einem speziellen Programm erfasst und regelmäßig zur Qualitätssicherung ausgewertet.

Bitte senden Sie uns den beiliegenden Dokumentationsbogen so schnell wie möglich zusammen mit dem in einem Sterilisationsbeutel eingeschweißten Implantat, an die unten gelistete Adresse zurück, damit wir den Vorgang schnell und unbürokratisch bearbeiten können.

Hinweis zum Datenschutz:

Bitte übersenden Sie uns keine Patientennamen.

Im anderen Fall weisen wir darauf hin, dass eine Übermittlung des Patientennamens an uns nur zulässig ist, wenn der Patient Sie als Behandler uns gegenüber von Ihrer ärztlichen bzw. zahnärztlichen Schweigepflicht entbunden hat. In diesem Fall übersenden Sie bitte die schriftliche Einwilligungserklärung in Kopie. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir die Dokumente mit Klarnamen und ohne Vorliegen einer Einwilligungserklärung aus Rechtsgründen vernichten, ohne diese inhaltlich zur Kenntnis zu nehmen.

Die Übermittlung der erbetenen Daten und Informationen nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erfolgt auf der Rechtsgrundlage von Art. 9 Abs. 2 h) DSGVO.

Mit freundlichen Grüßen

Retouren-Service-Center

breident medical GmbH & Co KG
Retouren-Service-Center
Weissenhorner Str. 2
89250 Senden

Dokumentationsbogen Nicht-Osseointegration

Bitte für jeden Patienten einen eigenen Dokumentationsbogen benutzen. Bitte die Angaben zu den gesetzten und implantierten Implantaten vollständig ausfüllen.

Achtung: Ohne Angaben der Chargennummern bzw. Kaufdatum ist eine Bearbeitung nicht möglich.

Chirurg

Kunden-Nr.: _____

Prothetiker

Kunden-Nr. _____

Gewünschtes Ersatzimplantat

(falls keine Angabe erfolgt, bekommen Sie dasselbe Implantat im Austausch): _____

(Nur Ausfüllen wenn keine Kunden-Nummer bei bredent medical existiert)

Name _____	Name: _____
Straße: _____	Straße: _____
Ort: _____	Ort: _____
Telefon: _____	Telefon: _____
Fax: _____	Fax: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____

Patient (bitte beachten Sie den Schutz der Patientendaten nach Art. 9 und Art. 11 DSGVO)

Alter des Patienten: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Allgemeine Risikofaktoren des Patienten

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akute Parodontitis | <input type="checkbox"/> Cortison regelmäßig | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Alkoholismus | <input type="checkbox"/> Cytotoxische Medikation | <input type="checkbox"/> psychische Störungen |
| <input type="checkbox"/> Allergie: Nickel | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Raucher 0 - nein |
| <input type="checkbox"/> Allergie: Penicillin | <input type="checkbox"/> Drogen | <input type="checkbox"/> Raucher 1 . leicht (1-5 ! Tag) |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Dysgnathie | <input type="checkbox"/> Raucher 2 . mittel (6-15 ! Tag) |
| <input type="checkbox"/> Altersdiabetes | <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> Raucher 3 . schwer (16+ ! Tag) |
| <input type="checkbox"/> Anämie | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Reflux! Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer | <input type="checkbox"/> Rheuma! Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Halitosis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Beruhigungsmittel | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Schleimhauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung 1 – (30 Gray) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Schnarchen |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung 2 - (30-50 Gray) | <input type="checkbox"/> Herzarrhythmien | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung 3 - (> 50+ Gray) | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Spalten und craniofaciale Fehlbildungen |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Steroide |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungshemmende
Medikamente | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Blutzucker | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Bruxismus | <input type="checkbox"/> Hypotonie | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> chronische Parodontitis | <input type="checkbox"/> Koagulopathien | <input type="checkbox"/> Überempfindliche Zähne |
| | <input type="checkbox"/> Malnutrition | <input type="checkbox"/> Xerostomie |

Mundhygienestatus

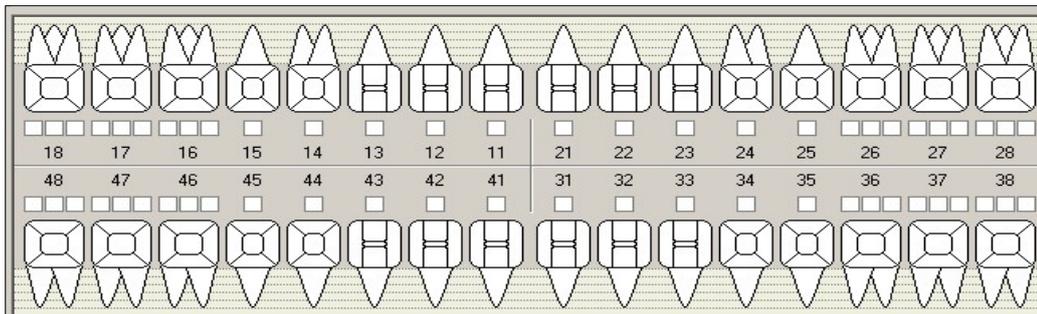
Normal Leichte Entzündung Mittlere Entzündung Schwere Entzündungen

Implantation

Implantationsdatum: _____ (tt/mm/jjjj)

(Bitte alle gesetzten Implantate angeben – entweder in der Tabelle oder auf der Graphik)

Position	Implant	REF	Lot- Nummer:	Knochen- Qualität D1 – D4	Explantiert
					<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"/>



Temporäre Versorgung

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ohne | <input type="checkbox"/> Mit Kronen/Brücken außer Okklusion |
| <input type="checkbox"/> Mit Schiene | <input type="checkbox"/> Mit Kronen/Brücken mit Belastung |
| <input type="checkbox"/> Mit Prothese | |

Explantation

Datum	Position	Granulationsgewebe	Ursachen (Bitte Kürzel angeben)	Mögliche Verlustursachen
		<input type="checkbox"/>		BG = Bindegewebseinheilung
		<input type="checkbox"/>		BR = Bruch
		<input type="checkbox"/>		DN = Drucknekrose
		<input type="checkbox"/>		FB = Frühbelastung
		<input type="checkbox"/>		FP = Fehlende Primärstabilität
		<input type="checkbox"/>		KB = Kieferbruch
		<input type="checkbox"/>		KN = Knochennekrose
		<input type="checkbox"/>		KO = Keine Osseointegration
		<input type="checkbox"/>		NV = Nervverletzung
		<input type="checkbox"/>		PD = Prothesendruck
		<input type="checkbox"/>		PI = Provisorisches Implantat
		<input type="checkbox"/>		RA = Rauchen
		<input type="checkbox"/>		SL = Spontanverlust
		<input type="checkbox"/>		ÜB = Überlastung

Kommentar: _____

Bitte Dokumentationsbogen zusammen mit explantierten Implantaten (in einem eingeschweißten Sterilisationsbeutel) zurücksenden an:

breident medical GmbH & Co KG
Retouren-Service-Center
Weissenhorner Str. 2
89250 Senden

Tel. (+49) 0 73 09 / 8 72-6 00
Fax (+49) 0 73 09 / 8 72-6 35
e-mail info-medical@breident.com
web www.breident-medical.com

Geschäftsführer:
Peter Brehm
Gerald Micko
Olaf Glück
Nils Brehm

Ust-Ident-Nummer: DE247337738
Persönlich haftender Gesellschafter:
breident medical Verwaltungs- und
Handels-GmbH, Senden

HypoVereinsbank Ulm
HYVEDEMM461
DE16 6302 0086 0314 0372 00

Commerzbank Ulm
COBADEFF630
DE58 6304 0053 0922 3041 00