

## Formularz braku osteointegracji Non-Osseointegration Documentation Form

Dla każdego pacjenta prosimy wypełnić osobny formularz.  
Please use for each patient one documentation form.

Prosimy o podanie wszystkich wymaganych informacji dotyczących zastosowanych oraz usuniętych implantów.  
Please fill in all required information for the implants used and explanted.

**Ważne:** formularz nie będzie rozpatrywany jeżeli numer partii usuniętego implantu nie został podany.

**Important:** the form can not be processed if the batch-number of the explanted implant is not indicated.

Dystrybutor/ Dealer: \_\_\_\_\_

**Chirurg/Surgeon**

Nr Pacjenta/Customer-No.: \_\_\_\_\_

**Protetyk/Prosthodontist**

Nr Pacjenta/Customer-No. \_\_\_\_\_

Imię/Name \_\_\_\_\_ Imię/Name: \_\_\_\_\_

Adres/Address: \_\_\_\_\_ Adres/Address: \_\_\_\_\_

Miasto/City: \_\_\_\_\_ Miasto/City: \_\_\_\_\_

Telefon/Phone: \_\_\_\_\_ Telefon/Phone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Pacjent/Patient**

Imię / Initials first name: \_\_\_\_\_ Nazwisko / Initials surname: \_\_\_\_\_

Data urodzenia / Birthday: \_\_\_\_\_ (dd/mm/rrrr) (dd/mm/yyyy)

Płeć/Sex:  mężczyzna/masculine  kobieta/feminine

## Ogólne czynniki ryzyka pacjenta General patient risk factors

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ostre zapalenie przyzębia<br>Acute periodontitis   | <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu 1 (insulinozależną)<br>Diabetes type 1 (insulin dependant) | <input type="checkbox"/> Leczenie radiacyjne « 30 Gray)<br>Radiation treatment 1 - « 30 Gray)         |
| <input type="checkbox"/> Alkoholizm / Alcoholism  | <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu 2 / Diabetes type 2  | <input type="checkbox"/> Leczenie radiacyjne 2 - (3D-50 Gray)<br>Radiation treatment 2 - (3D-50 Gray) |
| <input type="checkbox"/> Alergie / Allergies  | <input type="checkbox"/> Leki / Drug  | <input type="checkbox"/> Leczenie radiacyjne 3 - (> 50+ Gray)<br>Radiation treatment 3 - (> 50+ Gray) |
| <input type="checkbox"/> Alergia na nikiel / Allergy: nickel  | <input type="checkbox"/> Zaburzenia zgryzu / Dysgnathism  | <input type="checkbox"/> Refluks 1 niestrawność / Reflux 1 indigestion                                |
| <input type="checkbox"/> Alergia na penicylinę<br>Allergy: penicillin   | <input type="checkbox"/> Zaburzenia emocjonalne<br>Emotionally disturbed                          | <input type="checkbox"/> Reumatyzm 1 artretyzm<br>Rheumatism 1 arthritis                              |
| <input type="checkbox"/> Anemia / Anaemia   | <input type="checkbox"/> Zapalenie wsierdzia / Endocarditi  | <input type="checkbox"/> Środki uspakajające / Sedatives  |
| <input type="checkbox"/> Przyjmowanie leków<br>przeciwzakrzepowych<br>Anti-blood coagulation<br>medication        | <input type="checkbox"/> Epilepsja/Epilepsy   | <input type="checkbox"/> Zaburzenia snu / Sleep disorders   |
| <input type="checkbox"/> Antykoagulanty<br>Anti-coagulant   | <input type="checkbox"/> Stany lękowe / Fear  | <input type="checkbox"/> Nie palący/ Smoker 0 - no  |
| <input type="checkbox"/> Antydepresanty<br>Anti-depressants   | <input type="checkbox"/> Nieświeży oddech / Halitosis   | <input type="checkbox"/> Palący 1 – mało (1-5 dziennie)<br>Smoker 1 - light (1-5 1day)                |
| <input type="checkbox"/> Astma / Asthma   | <input type="checkbox"/> Wirusowe zapalenie wątroby typu A<br>Hepatitis A                         | <input type="checkbox"/> Palący 2 – średnio (6-15 dziennie)<br>Smoker 2 - medium [6-15 day)           |
| <input type="checkbox"/> Bifosfoniany / Bisphosphonates   | <input type="checkbox"/> Wirusowe zapalenie wątroby typu B<br>Hepatitis B                         | <input type="checkbox"/> Palący 3 – nałogowo (16+ dziennie)<br>Smoker 3 - heavy (16+ day)             |
| <input type="checkbox"/> Glukoza we krwi /Blood glucose   | <input type="checkbox"/> Wirusowe zapalenie wątroby typu C<br>Hepatitis C                         | <input type="checkbox"/> Chrapanie / Snoring  |
| <input type="checkbox"/> Bruksizm / Bruxism   | <input type="checkbox"/> HIV  | <input type="checkbox"/> Sterydy / Steroids   |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia rytmu serca<br>Cardiac arrhythmias  | <input type="checkbox"/> Wysokie ciśnienie krwi<br>Hypertension                                   | <input type="checkbox"/> Stres / Sstress  |
| <input type="checkbox"/> Niewydolność serca<br>Cardiac insufficiency  | <input type="checkbox"/> Niskie ciśnienie krwi / Hypotension                                      | <input type="checkbox"/> Uraz / Trauma  |
| <input type="checkbox"/> Rozrusznik serca<br>Cardiac pacemaker  | <input type="checkbox"/> Niedożywienie / Malnutrition   | <input type="checkbox"/> Nowotwór, guz / Tumor  |
| <input type="checkbox"/> Przewlekłe zapalenie przyzębia<br>Chronic periodontitis                                  | <input type="checkbox"/> Zaburzenia błon śluzowych<br>Mucosal disorder                            |   |
| <input type="checkbox"/> Rozszczepy i anomalie w<br>obrębie twarzoczaszki<br>Clefts and craniofacial<br>anomalies | <input type="checkbox"/> Osteoporoza / Osteoporosis   |   |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia krzepnięcia krwi<br>Coagulopathies  | <input type="checkbox"/> Nadwrażliwość zębów<br>overly sensitive teeth                            |   |
| <input type="checkbox"/> Systematyczne przyjmowanie<br>kortyzonu / Cortisone regularly                            | <input type="checkbox"/> Ciąża / Pregnancy  |   |

### Higiena jamy ustnej / Oral hygiene

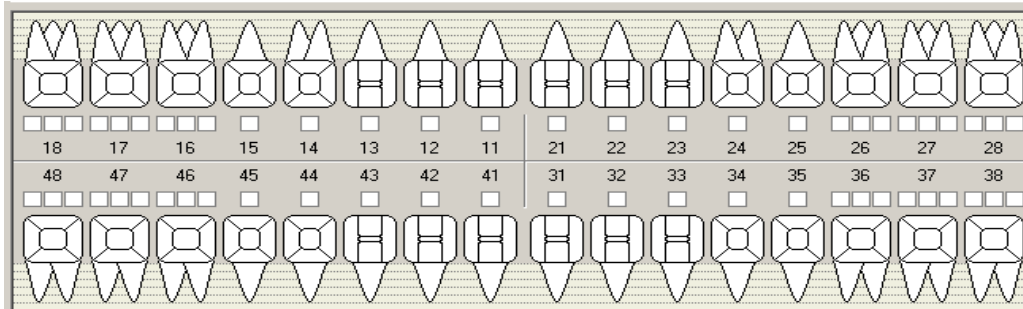
- w normie / normal
- lekki stan zapalny / slight inflammation
- umiarkowany stan zapalny / medium inflammation
- ostry stan zapalny / heavy inflammation

**Implantacja / Implantation**

Data implantacji / Implantation date: \_\_\_\_\_ (dd/mm/rrrr) (dd/mm/yyyy)

(prosimy zaznaczyć wszystkie wprowadzone implanty / please indicate all placed implants)

Położenie Position	Implant	REF	Numer Partii Batch-No:	Gęstość kości D1-D4 Bone quality D1 – D4	Usunięty implant Explanted
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>



**Tymczasowe uzupełnienie protetyczne / Temporary Restoration**

- brak / without
- szyna / with splint
- proteza / with prosthesis
- korony poza okluzją / with crown out of occlusion
- most protetyczny / with bridge construction

**Usunięty implant / Explantation**

Data Date	Położenie Position	Ziarnistość tkanki Granulation- tissue	Przyczyna (Prosimy użyć skrótów) Reason (Please use abbreviations)	<b>Możliwe Przyczyny</b> <b>Possible Reasons</b> BG = Ziarnistość tkanki / Granulation tissue BR = Złamanie / Break DN = Naprężenia wywołane protezą Denture pressure FB = Wczesne obciążenie / Early loading FP = Niewystarczająca stabilizacja pierwotna / Insufficient primary stability KB = Złamanie w obrębie szczęk / Jaw breakage KN = Martwica kości / Bone necrosis KO = Brak osteointegracji / No osseointegration NV = Uszkodzenia nerwów / Nervverletzung PD = Nacisk protezy Prothesendruck RA = Palenie / Smoking SL = Samoistna utrata / Spontaneous loss ÜB = Przeciążenie / Overuse
		<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"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		

Uwagi / Comments:

---



---



---



---

**Prosimy o wysłanie niniejszego dokumentu łącznie ze zdjęciem RTG oraz usuniętym implantem do dystrybutora. Dziękujemy za współpracę.**

**Please send the documentation form together with an X-ray and the explanted implant to your local dealer. Thank you very much for your cooperation.**