

CRF
Periimplantitis-Therapie mit Galvosurge
Galvo-PIT

Pat.-Nr. _____

Prof. Dr. J. Meyle, Dr. S. Schmidt

Universität Giessen, Avadent-Klinik, Bad Homburg

2021

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Einschlusskriterien

1. Patienten mit enossal eingeeheiltem und kaufunktionell belastetem Implantat
2. Patienten mit Periimplantitis mit
3. Entzündungszeichen am Implantat
4. Erhöhten Sondierungstiefen am Implantat
5. Blutung nach Sondierung am Implantat
6. evtl. Eiterung
7. Abbau des knöchernen Implantatlagers
8. Die Suprakonstruktion auf dem Implantat muss abgenommen werden können

Ausschlusskriterien

1. Tumor-Erkrankungen
2. Dauermedikation mit immunsuppressiv wirkenden Medikamenten
3. Schwangerschaft
4. Antibiotika-Therapie innerhalb der letzten 3 Monate
5. Implantatfraktur
6. Allgemeinerkrankungen, die die Möglichkeit für lokale operative Maßnahmen einschränken
7. Therapie mit Bisphosphonaten oder Mabs zur Modulation des Knochenstoffwechsels

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Anamnese

Datum: _____

Pat. Nr.: _____

Allgemeinerkrankungen

1. KHK und Gefäßerkrankungen
2. Diabetes Typ I Typ II HbA1c: _____
3. Magen/Darmerkrankungen
4. Allergien _____

Zahnärztliche Anamnese

5. Parodontitis lokalisiert generalisiert (>30%)
 - a. Stadium I II III IV
Grad A B C
 - b. PAR-Status vom _____
 - c. Letzte Lokaltherapie am _____
6. Frühere Periimplantitis-Operationen
 - a. am _____
7. Regelmäßige UPTs
 - a. Frequenz: 3 M. 4 M. 6 M. 12 M.
8. Parafunktionen
9. Mundhygiene 1x tgl. 2x tgl häufiger

Lifestyle

10. Raucher/-in:
Anzahl Zigaretten/Tag _____/Jahre _____
11. Regelmäßiger Alkoholkonsum

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 1

Datum: _____

Tag 1 (Baseline / BL)

Pat. Nr.: _____

Klinischer Zustand der periimplantären Mukosa [check here]

entzündungsfrei	<input type="checkbox"/>
entzündet	<input type="checkbox"/>
ödematös	<input type="checkbox"/>
Pusaaustritt	<input type="checkbox"/>

Maßnahmen [check here]

PZR (berührungslos für die Mukosa)	<input type="checkbox"/>
Politur (berührungslos für die Mukosa)	<input type="checkbox"/>
Watterolle(-n)	<input type="checkbox"/>
vorsichtige Lufttrocknung	<input type="checkbox"/>

Intraorales Foto [check here]

Foto-Nr. _____	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Mikrobiologische Diagnostik (Implantat _____) [check here]

Klinische Diagnostik [check here]

	Implantat 1 _____			Implantat 2 _____		
TST	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
GR	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
BUP	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

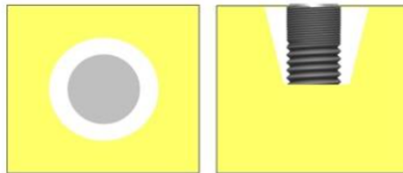
Bone Sounding:

	Implantat 1_____			Implantat 2_____		
ST	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
Krater tiefe	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO

Topographie des Knochendefekts

Intrabony defects

RP: 1



Intrabony defects with dehiscences

R:P 2



Extrabony defects

RP: 3



Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Lokaltherapie

Datum:

Lappenbildung

Entfernung Granulationsgewebe

Falls Zahnstein auf dem Implantat vorhanden

Entfernung mit Ultraschall (mit Kstspitze)

Scaler/Kürette

Sonicflex

Galvosurge

Geräteeinstellungen

Zeitdauer: _____ sec

Elektrolyt-Lsg. Volumen _____ ml

Resektion des Knochenkraters

Gesamt partiell minimal (scharfe Kante gebrochen)

Regeneration/Auffüllung mit Biooss
(nur bei Defektkategorien RP1 und RP2a!)

Wundverschluss

Tabaksbeutelnaht als vertikale Matratze

Invertierte vertikale Matratze

Einzelknopfnähte

Adaptation an das Implantat

Spliflap und kompletter Wundverschluss

Nahtmaterial:

Prolene 6-0 **FS-3** **P-1**

Gore 5-0

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Medikation:

Antibiotika: Amoxicillin 1000

Anderes Präparat: _____

Analgetika: Ibuprofen 400

Paracetamol 1000

Anderes Präparat: _____

Mundspüllösung: CHX-01% _____

Bemerkungen:

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 2

Tag 2-3 nach OP)

Datum: _____

Pat. Nr.: _____

Klinischer Zustand der periimplantären Mukosa	[check here]
Entzündungsfrei	<input type="checkbox"/>
entzündet	<input type="checkbox"/>
ödematös	<input type="checkbox"/>
Pusaustritt	<input type="checkbox"/>

Intraorales Foto	[check here]
Foto-Nr. _____	<input type="checkbox"/>

Patientenbefindlichkeit:

Postoperative Schmerzen (Scala 1 -10) _____

Wundheilung komplikationslos

Schwellung

Nahtdehiszenz

Bemerkungen:

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 3

Datum: _____

Tag 7 nach OP)

Pat. Nr.: _____

Klinischer Zustand der periimplantären Mukosa	[check here]
Entzündungsfrei	<input type="checkbox"/>
entzündet	<input type="checkbox"/>
ödematös	<input type="checkbox"/>
Pusaaustritt	<input type="checkbox"/>

Intraorales Foto	[check here]
Foto-Nr. _____	<input type="checkbox"/>

Patientenbefindlichkeit:

Postoperative Schmerzen (Scala 1 -10) _____

Wundheilung komplikationslos

Schwellung

Nahtdehiszenz

Nahtentfernung komplett

Teilnahtentfernung

Ursachen:

Dehiszenz

Inkompletter Wundverschluss

Andere: _____

Bemerkungen:

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 4

2 Wochen nach OP)

Datum: _____

Pat. Nr.: _____

Klinischer Zustand der periimplantären Mukosa	[check here]
Entzündungsfrei	<input type="checkbox"/>
entzündet	<input type="checkbox"/>
ödematös	<input type="checkbox"/>
Pusaaustritt	<input type="checkbox"/>

Intraorales Foto	[check here]
Foto-Nr. _____	<input type="checkbox"/>

Patientenbefindlichkeit:

Noch postoperative Schmerzen (Scala 1 -10) _____

Wundheilung komplikationslos

Schwellung

Nahtdehiszenz

Anzeichen für Periimplantitis-Rezidiv

Maßnahmen

	[check here]
PZR (berührungslos für die Mukosa)	<input type="checkbox"/>
Politur (berührungslos für die Mukosa)	<input type="checkbox"/>
Watterolle(-n)	<input type="checkbox"/>
vorsichtige Lufttrocknung	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 5

Datum: _____

4 Wochen nach OP)

Pat. Nr.: _____

Klinischer Zustand der periimplantären Mukosa [check here]

Entzündungsfrei	<input type="checkbox"/>
entzündet	<input type="checkbox"/>
ödematös	<input type="checkbox"/>
Pusaaustritt	<input type="checkbox"/>

Intraorales Foto [check here]

Foto-Nr. _____	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Patientenbefindlichkeit:

Falls Beschwerden (Scala 1 -10) _____

Wundheilung komplikationslos

Schwellung

Nahtdehiszenz

Anzeichen für Periimplantitis-Rezidiv

Maßnahmen

[check here]

PZR (berührungslos für die Mukosa)	<input type="checkbox"/>
Politur (berührungslos für die Mukosa)	<input type="checkbox"/>
Watterolle(-n)	<input type="checkbox"/>
vorsichtige Lufttrocknung	<input type="checkbox"/>

Mikrobiologische Diagnostik (Implantat _____)

[check here]

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 5

4 Wochen nach OP)

Datum: _____

Pat. Nr.: _____

Diagnostik

[check here]



	Implantat 1 _____			Implantat 2 _____		
TST	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
GR	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
SB	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO

Bemerkungen:

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 7

Datum: _____

12 Wochen nach OP)

Pat. Nr.: _____

Klinischer Zustand der periimplantären Mukosa [check here]

Entzündungsfrei	<input type="checkbox"/>
entzündet	<input type="checkbox"/>
ödematös	<input type="checkbox"/>
Pusaustritt	<input type="checkbox"/>

Intraorales Foto [check here]

Foto-Nr. _____	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Patientenbefindlichkeit: **Beschwerdefrei** Falls Beschwerden (Scala 1 -10) _____**Wundheilung** komplikationslos Schwellung **Anzeichen für Periimplantitis-Rezidiv** **Maßnahmen**

[check here]

PZR	<input type="checkbox"/>
Politur	<input type="checkbox"/>
Watterolle(-n)	<input type="checkbox"/>
vorsichtige Lufttrocknung	<input type="checkbox"/>

Mikrobiologische Diagnostik (Implantat_____) [check here]

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 7

12 Wochen nach OP)

Datum: _____

Pat. Nr.: _____

Abschlussdiagnostik

[check here]



	Implantat 1 _____			Implantat 2 _____		
TST	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
GR	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
SB	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO

Bemerkungen:

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 8

Datum: _____

6 Monate nach OP)

Pat. Nr.: _____

Klinischer Zustand der periimplantären Mukosa [check here]

Entzündungsfrei	<input type="checkbox"/>
entzündet	<input type="checkbox"/>
ödematös	<input type="checkbox"/>
Pusaaustritt	<input type="checkbox"/>

Intraorales Foto [check here]

Foto-Nr. _____	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Patientenbefindlichkeit: **Beschwerdefrei**

Falls Beschwerden (Scala 1 -10) _____

Wundheilung komplikationslos

Anzeichen für Periimplantitis-Rezidiv

Maßnahmen

[check here]

PZR	<input type="checkbox"/>
Politur	<input type="checkbox"/>
Watterolle(-n)	<input type="checkbox"/>
vorsichtige Lufttrocknung	<input type="checkbox"/>

Mikrobiologische Diagnostik (Implantat_____) [check here]

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 8

6 Monate nach OP)

Datum: _____

Pat. Nr.: _____

Diagnostik

[check here]

	Implantat 1_____			Implantat 2_____		
TST	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
GR	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
SB	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO

Bone Sounding (unter L.A.!))

[check here]

	Implantat 1_____			Implantat 2_____		
ST	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO

Bemerkungen:

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 9

Datum: _____

12 Monate nach OP)

Pat. Nr.: _____

Klinischer Zustand der periimplantären Mukosa [check here]

Entzündungsfrei	<input type="checkbox"/>
entzündet	<input type="checkbox"/>
ödematös	<input type="checkbox"/>
Pusaaustritt	<input type="checkbox"/>

Intraorales Foto

Foto-Nr. _____	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Patientenbefindlichkeit: **Beschwerdefrei**

Falls Beschwerden (Scala 1 -10) _____

Wundheilung komplikationslos

Anzeichen für Periimplantitis-Rezidiv

Maßnahmen

PZR	<input type="checkbox"/>
Politur	<input type="checkbox"/>
Watterolle(-n)	<input type="checkbox"/>
vorsichtige Lufttrocknung	<input type="checkbox"/>

Mikrobiologische Diagnostik (Implantat_____)

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____

Sitzung 9

12 Monate nach OP)

Datum: _____

Pat. Nr.: _____

Diagnostik



	Implantat 1_____			Implantat 2_____		
TST	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
GR	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO
SB	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO

Bone Sounding (unter L.A.!)



	Implantat 1_____			Implantat 2_____		
ST	MB	ZB	DB	MB	ZB	DB
	MO	ZO	DO	MO	ZO	DO

Bemerkungen:

Behandler: (Stempel)

Unterschrift: _____