

Ablauf und Teilnahmebedingungen

Bewerben Sie sich um eine kostenlose* Versorgung Ihres prothetisch anspruchsvollsten Falles!

I Details zur Teilnahme an der Aktion

- I a Fordern Sie uns heraus und schicken Sie uns einen Ihrer Patientenfälle ein, der aus prothetischer Sicht besonders anspruchsvoll ist.
- I b Die Aktion Premium Prothetik läuft vom 1. September 2008 bis einschließlich 31. Mai 2009. Nur Fälle, die in diesem Zeitraum eingereicht werden, können berücksichtigt werden.
- I c Jeden Monat wird eine Jury fünf Fälle anhand der eingereichten Unterlagen nach ihrem Fachwissen und ihrer Expertise beurteilen und auswählen. Die Auswahl erfolgt anhand des Schwierigkeitsgrades der prothetischen Versorgung. Die rechtliche Überprüfung der Entscheidung ist ausgeschlossen.
- I d Die Jury besteht aus: Prof. Dr. Spiekermann (bis 2008 Ärztlicher Direktor der Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Aachen), ZA und ZT Jörg Winterhoff (Heraeus Kulzer GmbH), Dr. Karsten Kamm (Zahnklinik „Zahngesundheit Baden-Baden“).
- I e Bei der Auswahl der 5 Fälle pro Monat ist das Datum des Eintreffens bei Heraeus zwecks Zuordnung zum Monat maßgebend. Jeder Fall darf nur einmal eingereicht werden.
- I f Ob Ihr Fall ausgewählt wurde oder nicht, werden Sie innerhalb des darauffolgenden Monats von uns erfahren. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

II Was Heraeus für Sie leistet

- II a *Bei den ausgewählten Fällen stellt Heraeus alle zur chirurgischen und prothetischen Versorgung notwendigen Materialien des Heraeus IQ:NECT® Implantatsystems (Implantate, Einheilkappen, Gingivaformer, Abformpfosten, Aufbauten, Fixierungsmaterial ...) ohne Berechnung zur Verfügung
- II b *Wenn Sie noch kein Heraeus IQ:NECT® Kunde bei uns sind, stellen wir Ihnen das benötigte Instrumentarium des Heraeus IQ:NECT® Systems (z. B. Chirurgisches Tray, ...) für die Dauer der Behandlung zur Verfügung.

- II c Wenn notwendig, vermitteln wir Ihnen einen erfahrenen Chirurgen.
- II d Wir unterstützen Sie bei der prothetischen Versorgung des Patienten und der Anwendung des Heraeus IQ:NECT® Systems.
- II e Sie können, selbstverständlich kostenlos, an einer Schulung für das Heraeus IQ:NECT® System teilnehmen.
- II f Die Versorgung soll fotografisch dokumentiert werden. Hierfür wird ein von uns engagierter Fotograf für Sie kostenlos bei Ihnen während der chirurgischen und prothetischen Versorgung dabei sein.

III Was wir von Ihnen dafür benötigen

- III a Wir benötigen folgende Unterlagen von Ihnen, wenn Sie teilnehmen möchten: Röntgenbilder, Zahnstatus, Anamnesebogen, Planungsmodelle, Behandlungsplan und Patienteneinwilligung.
- III b Nur vollständige Unterlagen von Fällen, bei denen noch nicht mit der Versorgung begonnen wurde, werden berücksichtigt.
- III c Der Zahnarzt verpflichtet sich, eine schriftliche Patienteneinwilligung unter Verwendung des beiliegenden Formulars einzuholen.
- III d Die teilnehmenden Patienten erklären sich damit einverstanden, dass der Fall gegebenenfalls mit Fotos in dentalen Fachzeitschriften und Zeitungen veröffentlicht werden kann und erteilen eine schriftliche Patienteneinwilligung.
- III e Wenn Ihr Fall ausgewählt wurde, verpflichten Sie sich, die Ihnen zur Verfügung gestellte Dokumentationsvorlage zu nutzen und in Stichworten auszufüllen. Diese dient dann als Basis zur Erstellung eines Fallberichts, welcher von einem von uns engagierten Autor geschrieben wird. Der fertige Fallbericht wird natürlich mit Ihnen final abgestimmt.
- IV a Heraeus Kulzer übernimmt keine Haftung dafür, dass die Verwendung des IQ:NECT® Systems für die konkrete Versorgung Ihres Patienten und den konkreten Behandlungsplan geeignet und mit der geplanten Versorgungslösung kompatibel ist. Insoweit trifft Sie eine eigene Sorgfalts- und Prüfungspflicht.
- IV b Die Aktion Premium Prothetik ist nicht mit anderen Aktionen von Heraeus Kulzer GmbH kombinierbar.

Patienteneinwilligung zur Teilnahme an der Aktion „Premium Prothetik“

Ich wurde von meinem Zahnarzt über die Teilnahme an der Aktion „Premium Prothetik“ des Unternehmens Heraeus Kulzer informiert. Ich bin mir darüber bewußt, dass die kostenlose Versorgung sich ausschließlich auf die zur chirurgischen und prothetischen Versorgung benötigten Teile des Heraeus IQ:NECT® Implantatsystems bezieht und nicht auf die chirurgischen sowie zahnärztlichen und zahntechnischen Kosten und Leistungen. Ich habe eine Kopie der Teilnahmebedingungen erhalten. Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen, akzeptiere sie und erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an der Aktion „Premium Prothetik“.

1. Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Mein Zahnarzt

(Bitte ergänzen: genauer Name und Anschrift – ggf. Praxisstempel)

und die Firma Heraeus Kulzer GmbH, Grüner Weg 11, 63450 Hanau, (nachfolgend „HKG“ genannt) arbeiten im Interesse einer umfassenden Patientenversorgung und Betreuung der Patienten zusammen. Ich bin damit einverstanden, dass mein Zahnarzt HKG die für die Teilnahme an der Aktion erforderlichen Angaben zur dortigen Datenverarbeitung und Nutzung übermittelt. Übermittelt werden dürfen: persönliche Daten, medizi-

nische Befunde, Zahnstatus und Röntgenaufnahmen. Ich bin weiter damit einverstanden, dass meine Daten auch an die externen Mitglieder der Jury, Prof. Dr. mult. Hubertus Spiekermann und Dr. Karsten Kamm, übermittelt werden dürfen.

In diesem Rahmen entbinde ich meinen Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Die vorstehende Erklärung kann ohne Einfluss auf meine spätere Behandlung jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

2. Einverständniserklärung zum Fotomaterial und zu den Röntgenbildern

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Aktion „Premium Prothetik“ Fotoaufnahmen von der Operation und dem Behandlungsergebnis sowie Röntgenbilder zeitlich und örtlich unbegrenzt zu Zwecken der Produktwerbung verwendet werden dürfen (nachfolgend „Verwendungszweck“ genannt). Ich stimme zu, dass dieses Fotomaterial und die Röntgenbilder im Rahmen des Verwendungszwecks beliebig verwendet und vervielfältigt werden dürfen. Ich verzichte hiermit ausdrücklich auf etwaige urheberrechtliche Verwertungs- und Vergütungsansprüche. Mein Einverständnis zur Verwendung des Fotomaterials und der Röntgenbilder erteile ich unter der Bedingung, dass mein Name nicht genannt wird und eine Identifikation durch die Fotos ausgeschlossen ist.

_____, den _____

(Unterschrift des Patienten)

Patienten-Nummer: _____

Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten zögern Sie bitte nicht zu fragen.

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm

Geschlecht: Männlich Weiblich

Gewicht: _____ kg

Bestehen bzw. bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?

Wenn ja, bitte erläutern Sie:

Allergien Ja Nein

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Atemwegserkrankungen Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Diabetes (Typ _____) Ja Nein

Glaucom (erhöhter Augennendruck) Ja Nein

Hämatologische Erkrankungen
(des Blutes oder der blutbildenden
Organe) Ja Nein

Herz-Kreislaufkrankungen Ja Nein

Wenn ja:
Herzinsuffizienz Ja Nein

Koronare Herzkrankheit/
Angina Pectoris Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein

Herzrhythmusstörungen Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Herzklappenfehler/-ersatz Ja Nein

Hypertonie (Bluthochdruck) Ja Nein

Hypotonie Ja Nein

Cerebrale Durchblutungsstörungen
(TIA, Apoplex) Ja Nein

Patienten-Nummer: _____

Bestehen bzw. bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?

Infektionskrankheiten Ja Nein

Lebererkrankungen Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Osteoporose/Knochenerkrankungen Ja Nein

Rheumatische Erkrankungen Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Tumorleiden Ja Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Rauchen Sie?
Wenn ja: Zigaretten/Tag Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?
Wenn ja: welche Ja Nein

Befinden Sie sich in ärztlicher
Behandlung? Ja Nein
Wenn ja: Name/Anschrift des Arztes

Wenn ja, bitte erläutern Sie:

Bestrahlung Chemotherapie OP

Sonstige _____

Gelegentlich Mäßig Regelmäßig

0-5 5-10 10-20 >20

Kommentar/Begründung, warum zurzeit in Behandlung:

Datum/Unterschrift _____

Patienten-Nummer: _____

Präoperative Röntgenaufnahme

Datum: _____ Untersuchung: _____ Befund: _____

Länge des Referenzkörpers													L				
													V				
													St				
radiolog. Länge													2				
													6				
													L				
radiolog. Knochenhöhe	1	2	3	4	5	6	7	8	1 (I)	2 (II)	3 (III)	4 (IV)	5 (IV)	6	7	8	L
	5																
	R	8	7	6	5 (V)	4 (IV)	3 (III)	2 (II)	1 (I)								7
UK													3				
													Sch				
													ST				
Länge des Referenzkörpers													V				
radiolog. Länge																	
radiolog. Knochenhöhe																	

