

MICROcone



IPS
Implant Systems

CHIRURGIE
HANDBUCH

 **MEDENTIKA**[®]
A Straumann Group Brand

DAS VORLIEGENDE CHIRURGIEHANDBUCH BESCHREIBT DIE KONVENTIONELLE VORGEHENSWEISE ZUR IMPLANTATBETTAUFBEREITUNG.

Für die Indikation zur Implantation gelten die allgemein gültigen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Es wird empfohlen, eine Einheildauer (Osseointegrationsphase) von drei bis sechs Monaten einzuhalten. Im Einzelfall kann die Einheilphase auch verkürzt oder verlängert werden.

Bitte lesen Sie dieses Handbuch vor der ersten Anwendung des Systems gewissenhaft und befolgen Sie die Anleitungen sowie die Hinweise in den Gebrauchsanweisungen der Systemkomponenten und Instrumente in jedem Fall.

Darüber hinaus empfehlen wir vor dem ersten Einsatz eines neuen Implantatsystems allen Anwendern die Teilnahme an einer systemspezifischen Schulung.

INDIKATIONEN

- Zahnbegrenzte Lücken
- Freiendsituationen
- Zahnloser Kiefer

PROTHETISCHES KONZEPT

- Einzelzahnersatz
- Fixierung von Brücken und Prothesen

EINHEILWEISE

- Gedeckt nach Montage der Verschlusschraube
- Transgingival mit gingivaformenden Bauteilen
- Sofortversorgung/Sofortbelastung mit prothetischen Aufbauteilen

IMPLANTATIONSZEITPUNKT

- Sofortimplantation
- Verzögerte Sofortimplantation
- Spätimplantation

SYSTEMKONZEPT	Übersicht	04
	Implantatdurchmesser und -längen	06
	Gingivaformer	07
	Chirurgie Tray	08
<hr/>		
IMPLANTATBETT- AUFBEREITUNG	Bohrer	10
	Bohrstopps	11
	Step by step Implantatbettaufbereitung	20
<hr/>		
INSERTION UND WEITERVERSORGUNG	Implantatverpackung	18
	Implantat Direktentnahme	19
	Implantatinsertion	22
	Gedckte Einheilung	24
	Transgingivale Einheilung	27
	Sofortversorgung mit Provisorium	28
	Erweiterungsbohrer konisch	31
<hr/>		
PROTHETISCHES KONZEPT	Kontinuität Emergenzprofil	30
	Prothetik	32
<hr/>		
BEHANDLUNGS- PLANUNG	Konventionelle Behandlungsplanung	14
	Computergestützte Behandlungsplanung	16

HOCHPRÄZISE KONISCHE IMPLANTAT- AUFBAU VERBINDUNG



OBERFLÄCHE

Die hochreine, korundgestrahlte und säuregeätzte Oberfläche erstreckt sich über die gesamte Implantatlänge bis zur Implantatschulter (die Implantatschulter ist nun maschinert). Sie besitzt eine, speziell für die Anlagerung knochenbildender Zellen dimensionierte Makro-Mikrorauigkeit zur Förderung einer stabilen und langfristigen Osseointegration des Implantats. Im Zusammenspiel mit dem koronalen Mikrogewinde und dem konischen Interface sorgt sie für eine äußerst gute kres-tale Knochenbildung, über die Implantat-schulter hinweg bis zum Interface.

- Implantatdurchmesser von 3 mm bis 5 mm
- Implantatlängen von 6,5 mm bis 15 mm

5 Implantatdurchmesser und 6 Implantatlängen erlauben eine selektive/differenzierte Dimensionierung der Implantate für jede Indikation.

Der Implantatdurchmesser 3 mm (zweitellig) ermöglicht die Insertion in den engen Zahnlücken der oberen seitlichen und unteren seitlichen und mittleren Schneidezähne.

Mechanisch getestet nach ISO 14801 vom Fraunhofer IWM in Freiburg.

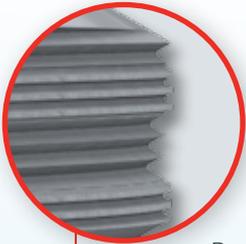


EMERGENZPROFIL

Die natürliche Formung des prothetischen Emergenzprofils ist ein weiterer Baustein, um möglichst vorhersagbare ästhetische Ergebnisse und, zusammen mit den anderen großartigen Eigenschaften, langfristige Behandlungserfolge zu erzielen.

Es ist schleimhauterhaltend und berücksichtigt die biologischen Prinzipien bei allen Indikationen. Nicht zuletzt sorgt es für ein ideales prothetisches Handling.





MIKRO-MAKRO-GEWINDE

Das besondere, hochkomplexe, selbstschneidende Mikro-Makro Gewinde des Implantats fördert in geradezu idealer Weise die dauerhafte Anlagerung von Knochenzellen und deren Erhalt, nicht nur im kristallinen Bereich, sondern an der gesamten Implantat-Oberfläche.

Das durchgängige Vorhandensein des Mikrogewindes auf den Makrogewindeflanken sowie im Gewindegrund erzeugt die Voraussetzung für eine größtmögliche Kontaktfläche zum Knochen.

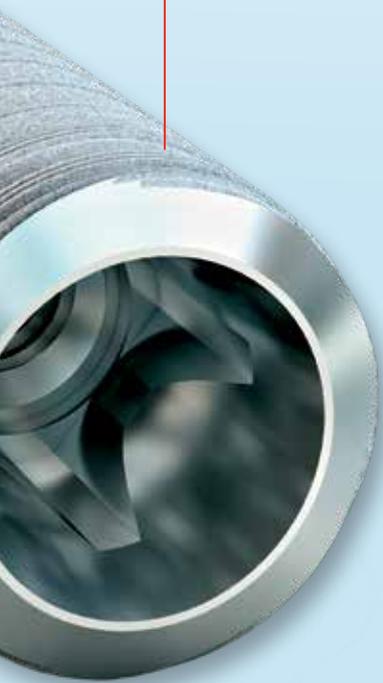
Bei subkrestaler Insertion ist, im Zusammenspiel mit der konisch abdichtenden Verbindung, eine Anlagerung des Knochens über die Schulter hinweg bis zum Interface möglich.

Die konische Verbindung sorgt zusammen mit dem biologisch optimal dimensionierten koronalen Mikrogewinde dafür, dass er dort auch dauerhaft bleibt. Dadurch erfolgt wiederum eine Abstützung des darüber liegenden Weichgewebes und damit eine dauerhafte rot-weiße Ästhetik. Das atraumatisch zu inserierende Gewindedesign reduziert die Möglichkeit mittel- bis langfristiger Drucknekrosen auf ein Minimum.

Kurze Eindrehzeit durch Gewindesteigung 0,8 mm pro Umdrehung (Makrogewinde).

Das hochpräzise, kraft- und formschlüssige Interface bewirkt bestmögliche Stabilität zwischen Aufbau und Implantat.

1. Nur eine konische Verbindung zwischen Implantat und Aufbau bei Implantaten D 3,5 mm – 5,0 mm.
2. Nahezu mikrobewegungsfreie konische Verbindung zwischen Implantat und Aufbau. Dadurch werden mechanische Irritationen möglichst vermieden und der Erhalt des periimplantären Knochens wird positiv beeinflusst.
3. Die nahezu bakterien- und flüssigkeitsdichte Verbindung reduziert das Entzündungsrisiko praktisch, unterstützt damit die Bildung eines gesunden und reizfreien Gewebes und wirkt dem Knochenabbau entgegen.
4. Integriertes systembedingtes Plattformschwingen verlagert den Übergang zwischen Implantat und Aufbau von der Implantatschulter nach zentral. Dies hält im Zusammenspiel mit der konischen Verbindung bakterielle Reize vom periimplantären Gewebe fern und schafft eine breite horizontale Basis für die stabile Anlagerung von Hart- und Weichgewebe.
5. In Verbindung mit einer subkrestalen Implantatposition und dem koronalen Mikrogewindeanteil besitzt die Implantat-Aufbau Verbindung alle System-Voraussetzungen für eine dauerhaft rot-weiße Ästhetik.



SYSTEMKONZEPT

		LÄNGE DURCHMESSER	6,5 mm	8 mm	9 mm	11 mm	13 mm	15 mm
NI*	D 3,0 mm					1-01-06	1-01-07	1-01-08
	D 3,5 mm			2-01-30	2-01-31	2-01-32	2-01-33	2-01-34
RI*	D 4,0 mm		2-01-35	2-01-36	2-01-37	2-01-38	2-01-39	2-01-40
	D 4,5 mm		2-01-41	2-01-42	2-01-43	2-01-44	2-01-45	2-01-46
	D 4,5/3,5 mm		2-01-53		2-01-54	2-01-55	2-01-56	
	D 5,0 mm		2-01-47	2-01-48	2-01-49	2-01-50	2-01-51	2-01-52

* Implantatanschluss NI
(Narrow Interface)

Implamatanschluss RI
(Regular Interface)

Die auf der Implantatverpackung sichtbare Angabe des Implantatdurchmessers, umrahmt von der Farbkodierung, vereinfacht die optische Unterscheidung der jeweiligen Implantatdurchmesser.

Die Bohrer für die Implantatbettaufrichtung sind ebenfalls mit diesen Farben gekennzeichnet.

D 3,0 mm

D 3,5 mm

D 4,0 mm

D 4,5 mm

D 4,5/3,5 mm

D 5,0 mm

klare Farbkodierung der Implantatdurchmesser



Die 4,5 mm Implantate sind in gerader und konischer Ausführung erhältlich.

Auf der Implantatverpackung ist in dem Feld mit der Farbkodierung der Durchmesser „D“ in Millimeter, die Länge „L“ in Millimeter und die Artikelnummer „REF“ des Implantats gekennzeichnet.

GINGIVAFORMER

BITTE BEACHTEN:

EMPFOHLENES DREHMOMENT ZUM EINDREHEN DER GINGIVAFORMER: **5-10 NCM** (FINGERFEST)

Die nachstehende Übersicht soll Ihnen die Auswahl des richtigen Gingivaformers erleichtern. Die definitive Wahl des Gingivaformers muss patientenspezifisch erfolgen. Der korrekte Durchmesser des Emergenzprofils des Gingivaformers richtet

sich nach dem gewünschten Durchtrittsprofil und der Implantatposition und beeinflusst damit wesentlich die korrekte Form- und Funktionstüchtigkeit der Prothetik. Zur Bestimmung der Gingivahöhen können Sie die Messlehre Gingivahöhe verwenden.

GINGIVAFORMER	Ø 6,5	Ø 6,5	Ø 4,5	Ø 4,5	Ø 5,5	Ø 3,5	Ø 5,5
IMPLANTATPOSITION	17	16	15	14	13	12	11
	47	46	45	44	43	42	41
GINGIVAFORMER	Ø 6,5	Ø 6,5	Ø 4,5	Ø 4,5	Ø 5,5	Ø 3,5	Ø 3,5

IMPLANTATDURCHMESSER UND -LÄNGEN

Unsere Implantate sind in fünf Durchmessern und unterschiedlichen Längen lieferbar. Durch die bedarfsorientierte Größenabstufung eignen sie sich für sämtliche Indikationen der dentalen Implantologie bei einer minimierten Anzahl von Einzelimplantaten.

NI
D 3,0 MM

Microcone Implantat NI D 3,0 mm

Bitte beachten Sie unbedingt, dass der Implantatanschluss des D 3,0 mm Implantats dimensionsreduziert ist und Sie zur Versorgung ausschließlich Teile verwenden können, die mit dem Implantatanschluss NI (Narrow Interface) gekennzeichnet sind. Indikationen: schmale Lücken – nur Oberkiefer seitliche Schneidezähne sowie Unterkiefer seitliche und mittlere Schneidezähne Region: 12, 22, 31, 32, 41, 42

RI
D 3,5 MM - 5,0 MM

Microcone Implantat RI D 3,5-5,0 mm

Bei Implantaten der Durchmesser 3,5 - 5,0 gibt es nur eine konische Implantatanschlussgröße zwischen Implantat und Aufbau, welche mit RI (Regular Interface) gekennzeichnet ist. Das bedeutet, dass alle Abformpfosten, Gingivaformers und Abutments in jedes dieser Implantate passen. Dies reduziert die benötigte Anzahl an Komponenten deutlich und schafft damit maximale Übersichtlichkeit und Effizienz.

SYSTEMKONZEPT

CHIRURGIE TRAY

Das Chirurgie Tray verfügt über ein übersichtliches Sortiment an Knochenbohrern zur Präparation der Implantatkavitäten. Die Bohrer werden extern gekühlt und sollten mit keiner höheren Laufumdrehung als 800 U/min. angewendet werden. Das maximale Drehmoment sollte 35 Ncm nicht überschreiten.



2
Standardbohrer
Ø 2,5 1-14-02



3
Kortikalisbohrer
Ø 2,8 1-14-03



12
Eindrehinstrument
Implantat
Direktentnahme
NI 1-13-10



13
Eindrehinstrument
Implantat
Direktentnahme
NI 1-13-09



6
Standardbohrer
Ø 4,5 2-14-07



10
Standardbohrer
Ø 4,0 2-14-05



18
Standardbohrer
Ø 3,5 2-14-03



28
Standardbohrer
Ø 3,0 2-14-01



7
Kortikalisbohrer
Ø 4,5/4,8 2-14-08



11
Kortikalisbohrer
Ø 4,0/4,3 2-14-06



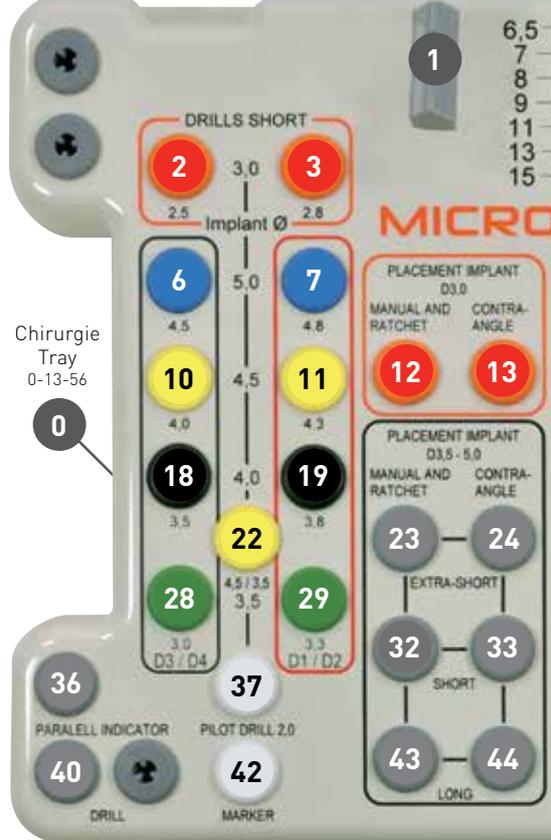
19
Kortikalisbohrer
Ø 3,5/3,8 2-14-04



29
Kortikalisbohrer
Ø 3,0/3,3 2-14-02



22
Erweiterungsbohrer
konisch
Ø 3,0/4,5
2-14-61



Chirurgie Tray 0-13-56

The tray features a central vertical scale for drill diameters (2.5 to 6.5 mm) and various tool categories: DRILLS SHORT (2, 3), PLACEMENT IMPLANT D3.0 (6, 7, 10, 11, 12, 13), PLACEMENT IMPLANT D3.5-5.0 (18, 19, 22, 23, 24), EXTRA-SHORT (23, 24), SHORT (32, 33), and LONG (43, 44). Other tools include 0 (parallelizer), 28 (standard), 29 (cortical), 36 (parallel indicator), 37 (pilot drill), 40 (drill), 42 (marker), and 43, 44 (long instruments).



36 **40**
Parallelisierungshilfe
Ø 2,0/3,0 0-13-01



37
Pilotbohrer
Ø 2,0 1-14-01



42
Nadelbohrer
Ø 1,6 0-14-77



23
Eindrehinstrument
Implantat Direktentnahme
RI 2-13-27



24
Eindrehinstrument
Implantat Direktentnahme
RI 2-13-24



32
Eindrehinstrument
Implantat Direktentnahme kurz / Hand u. Ratsche
2-13-28



33
Eindrehinstrument
Implantat Direktentnahme kurz / Winkelstück
2-13-25



43
Eindrehinstrument
Implantat Direktentnahme lang / Hand u. Ratsche
2-13-29



44
Eindrehinstrument
Implantat Direktentnahme lang / Winkelstück
2-13-26

Die Abbildung zeigt optionales Zubehör, welches gesondert bestellt werden muss.



1 Drehmomentratsche
0-13-28



Tiefenmesslehre Gingivahöhe
0-13-17
(im Boden des Trays platziert)



Tiefenmesslehre Bohrer
0-13-10
(im Boden des Trays platziert)



14 Verlängerung
ISO-Schaft
NI 0-13-55



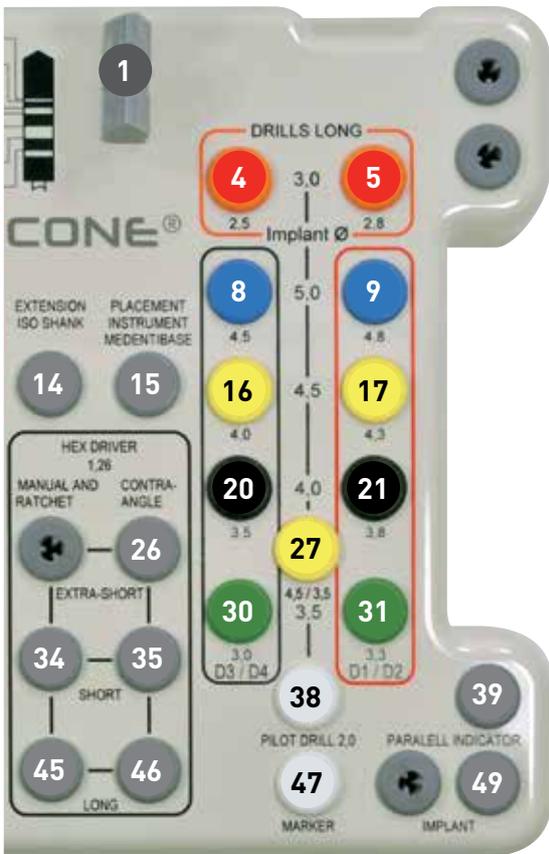
15 Eindrehinstrument
MedentiBASE
0-13-37



4 Standardbohrer
Ø 2,5 1-14-05



5 Kortikalisbohrer
Ø 2,8 1-14-06



8 Standardbohrer
Ø 4,5 2-14-15



9 Kortikalisbohrer
Ø 4,5/4,8 2-14-16



16 Standardbohrer
Ø 4,0 2-14-13



17 Kortikalisbohrer
Ø 4,0/4,3 2-14-14



20 Standardbohrer
Ø 3,5 2-14-11



27 Erweiterungs-
bohrer konisch
Ø 3,0/4,5
2-14-62



21 Kortikalisbohrer
Ø 3,5/3,8 2-14-12



30 Standardbohrer
Ø 3,0 2-14-09



31 Kortikalisbohrer
Ø 3,0/3,3 2-14-10



34 Eindrehinstrument
Hex 1,26 kurz / Hand
u. Ratsche
0-13-22



26 Eindrehinstrument
Hex 1,26 extra-kurz/
Winkelstück
0-13-18



35 Eindrehinstrument
Hex 1,26 kurz /
Winkelstück
0-13-04



45 Eindrehinstrument
Hex 1,26 lang /
Hand u. Ratsche
0-13-23



46 Eindrehinstrument
Hex 1,26 lang /
Winkelstück
0-13-05



38 Pilotbohrer
Ø 2,0 1-14-04



39 49 Parallelisierungshilfe
Implantat
2-13-31



47 Nadelbohrer
Ø 1,6 0-14-77

»» Bohrer und Bohrstopps ««



Microcone Bohrstopp

Der Microcone Bohrstopp sorgt für eine präzise Kontrolle der Bohrtiefe während der Implantatbettpräparation für das Setzen von Microcone Implantaten. Der Vorteil des Bohrstopps liegt in seiner Anwendbarkeit sowohl bei einfachen als auch anspruchsvolleren Fällen, bei denen die Lage des Mandibularnervs oder des Sinusbodens eine Rolle spielt. Die Bohrstopps werden unsteril geliefert und sind vor ihrer Verwendung zu sterilisieren.

Die Microcone Bohrstopps können nur mit den neuen, schwarz beschichteten Microcone Bohrern verwendet werden.

Wichtig

Microcone Bohrstopps sind nicht indiziert für: Extraktionsalveolen, bei denen die Knochenkavität häufig breiter ist als der erforderliche Auflagendurchmesser für den Bohrstopp.

Verwendung mit Bohrschablonen, aufgrund der Behinderung durch die oder mit der Schablone.

Kombinationstabelle Bohrer und Bohrstopps

Kurze Bohrer



		KURZE BOHRER							
		Pilot	Standard/ Kortikal	Standard/ Kortikal	Standard/ Kortikal	Standard/ Kortikal	Standard/ Kortikal	Standard/ Kortikal	
		2,0	2,5/2,8	3,0/3,3	3,5/3,8	4,0/4,3	3,0/3,3	4,5/4,8	
			Implantat 3,0	Implantat 3,5	Implantat 4,0	Implantat 4,5	Implantat 4,5/3,5*	Implantat 5,0	
Länge Implantat	Bohrstopp Nr.	6,5	7	x	x	40	51	29	62
		8,0	6	x	28	39	50	x	61
		9,0	5	x	27	38	49	27	60
		11,0	3	14	25	36	47	25	58
		13,0	2	13	24	35	46	24	57
		15,0	1	12	23	34	45	x	56

* der Einsatz von Bohrstopps mit dem konischen Erweiterungsbohrer (ArtNr. 2-14-61/2-14-62) ist anwendungsbedingt nicht möglich

Lange Bohrer



		LANGE BOHRER							
		Pilot	Standard/ Kortikal	Standard/ Kortikal	Standard/ Kortikal	Standard/ Kortikal	Standard/ Kortikal	Standard/ Kortikal	
		2,0	2,5/2,8	3,0/3,3	3,5/3,8	4,0/4,3	3,0/3,3	4,5/4,8	
			Implantat 3,0	Implantat 3,5	Implantat 4,0	Implantat 4,5	Implantat 4,5/3,5*	Implantat 5,0	
Länge Implantat	Bohrstopp Nr.	6,5	11	x	x	44	55	33	66
		8,0	10	x	32	43	54	x	65
		9,0	9	x	31	42	53	31	64
		11,0	8	19	30	41	52	30	63
		13,0	6	17	28	39	50	28	61
		15,0	4	15	26	37	48	x	59

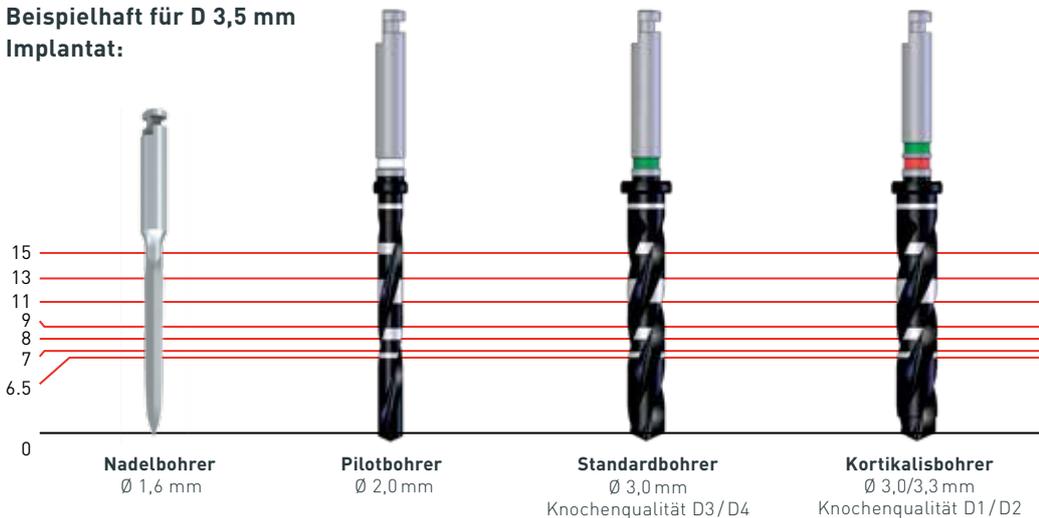
* der Einsatz von Bohrstopps mit dem konischen Erweiterungsbohrer (ArtNr. 2-14-61/2-14-62) ist anwendungsbedingt nicht möglich

IMPLANTATBETTAUFBEREITUNG

Die in ihrer Geometrie genau aufeinander abgestimmten Bohrer ermöglichen, den Durchmesser des Implantatlagers individuell auf die Knochenqualität abzustimmen.

Die Knochenpräparation sollte den individuellen Knochenqualitäten entsprechend durch optimale Bohrersequenzen optional angepasst werden. Bestandteil einer erfolgreichen Implantation ist die exakte und atraumatische Präparation des knöchernen Implantatlagers.

Beispielhaft für D 3,5 mm Implantat:



BITTE BEACHTEN:

Die angegebenen Bohrtiefen schließen die Bohrerspitze von 0,3 mm nicht ein. Bitte beachten Sie deren Länge gegebenenfalls bei knappen Platzverhältnissen zu anatomischen Strukturen.

ES GIBT DREI BOHRERLÄNGEN:



Extra kurzer Bohrer
kein schmaler silberner Markierungsring



Kurzer Bohrer
1 schmaler silberner Markierungsring



Langer Bohrer
2 schmale silberne Markierungsringe

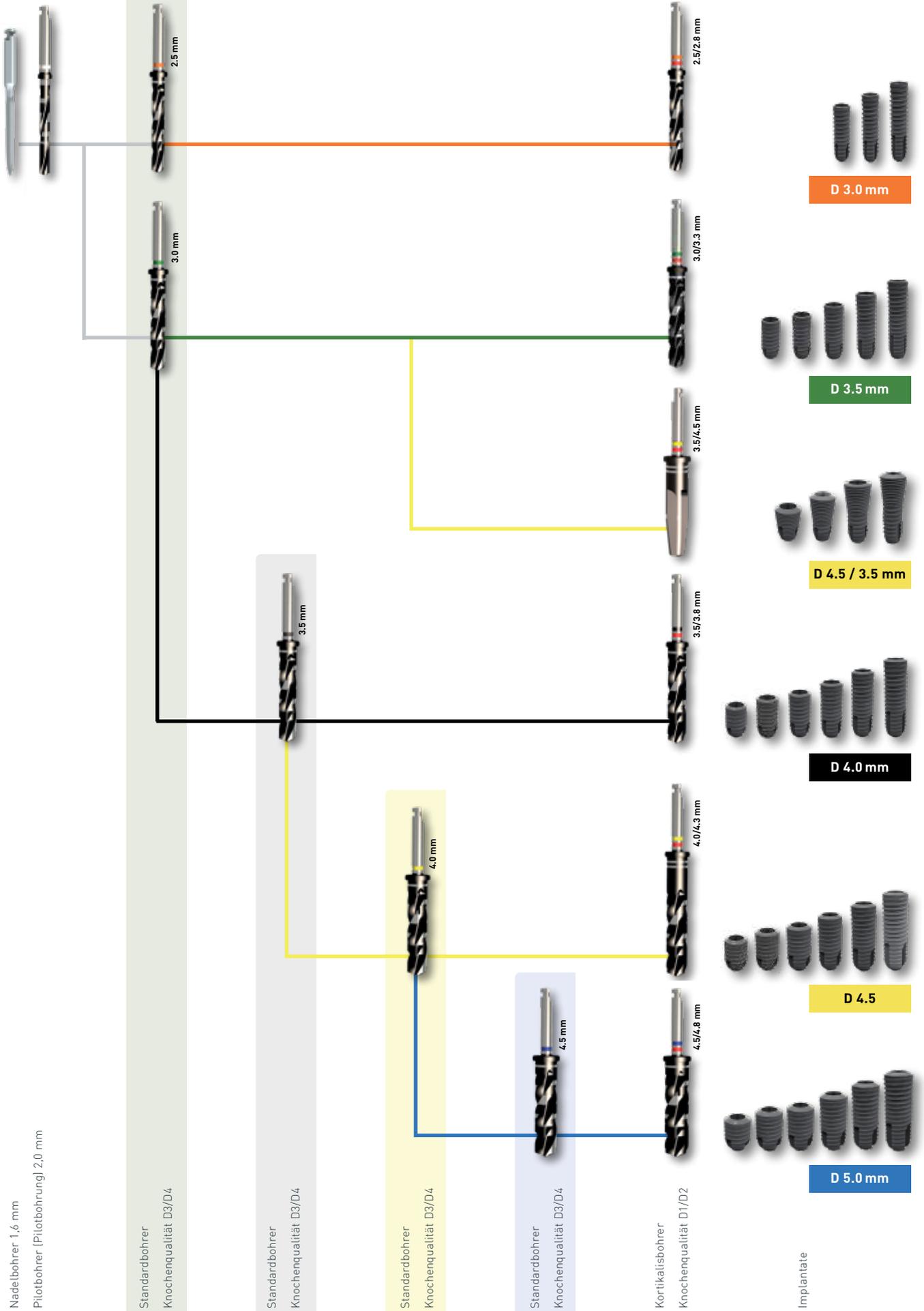
PRÄPARATION BIS ZUM ERREICHEN DES IMPLANTATSpezifischen DURCHMESSERS

Mit außengekühlten maschinengetriebenen Bohrern erfolgt die Festlegung der Richtung und Tiefe der Implantation. Die Bohrer sind hierfür durch Lasermarkierungen tiefenmarkiert. Die maximale Drehzahl von 800 U/min. darf bei diesem Präparationsschritt nicht überschritten

werden, da sonst die Gefahr einer lokalen Überhitzung des Knochens besteht. Die dadurch mögliche Nekrose des Knochens gefährdet die Einheilung des Implantats. Die Bohrung sollte nicht in einem Zuge, sondern intermittierend unter mäßigem Druck erfolgen.

GRUNDSÄTZLICH GILT:

- **Standardbohrer:** Bei Verwendung des Standardbohrers als finale Tiefenbohrung immer: Implantatdurchmesser minus 0,5 mm (z. B. bei Implantat Ø 3,5 mm = 3,0 mm finale Bohrung). Z. B. im Oberkiefer bei durchschnittlicher Knochenqualität D3/D4
- **Kortikalisbohrer:** Bei Verwendung des Kortikalisbohrers als finale Tiefenbohrung immer: Implantatdurchmesser minus 0,2 mm (z. B. bei Implantat Ø 3,5 mm = 3,3 mm finale Bohrung). Insbesondere einzusetzen bei D1/D2 Knochenqualität im Unterkiefer. Hier, wenn erforderlich, auf voller Tiefe.



KONVENTIONELLE BEHANDLUNGSPLANUNG

Bei der Behandlungsplanung sind die allgemein gültigen Richtlinien der Implantat-Prothetik zu berücksichtigen sowie chirurgische Gesichtspunkte wie Allgemeinanamnese, Kontraindikationen, intraoraler Befund und Risikofaktoren.

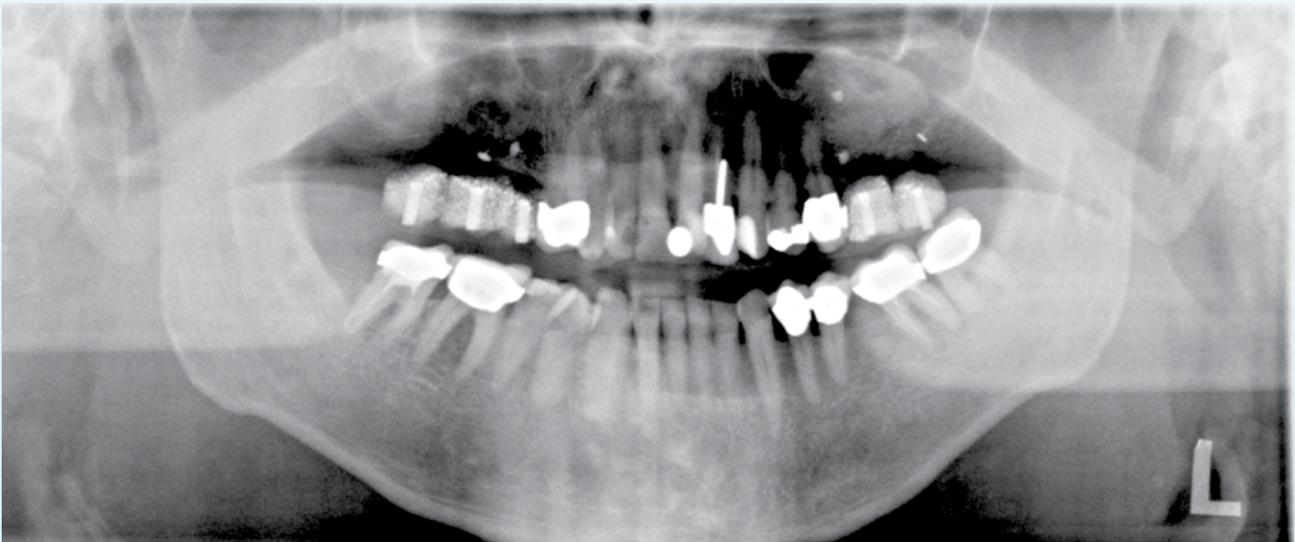
Nach Auswertung der Befunde kann eine Behandlungsplanung nach folgenden Gesichtspunkten erfolgen:

- Präprothetische Planung
- Chirurgische Planung

Die Indikationen und Kontraindikationen für zahnärztlich-chirurgische und implantologische Eingriffe sind zu berücksichtigen.

Bei der präprothetischen Planung sollte nach ästhetisch-funktionellen Gesichtspunkten in Verbindung mit dem Prothetiker die bestmögliche Inserierung der Implantate geplant werden.

Bei der chirurgischen Planung ist sorgfältig zu prüfen, ob das vorhandene Knochenangebot ausreicht, um die Implantate primär stabil zu inserieren.

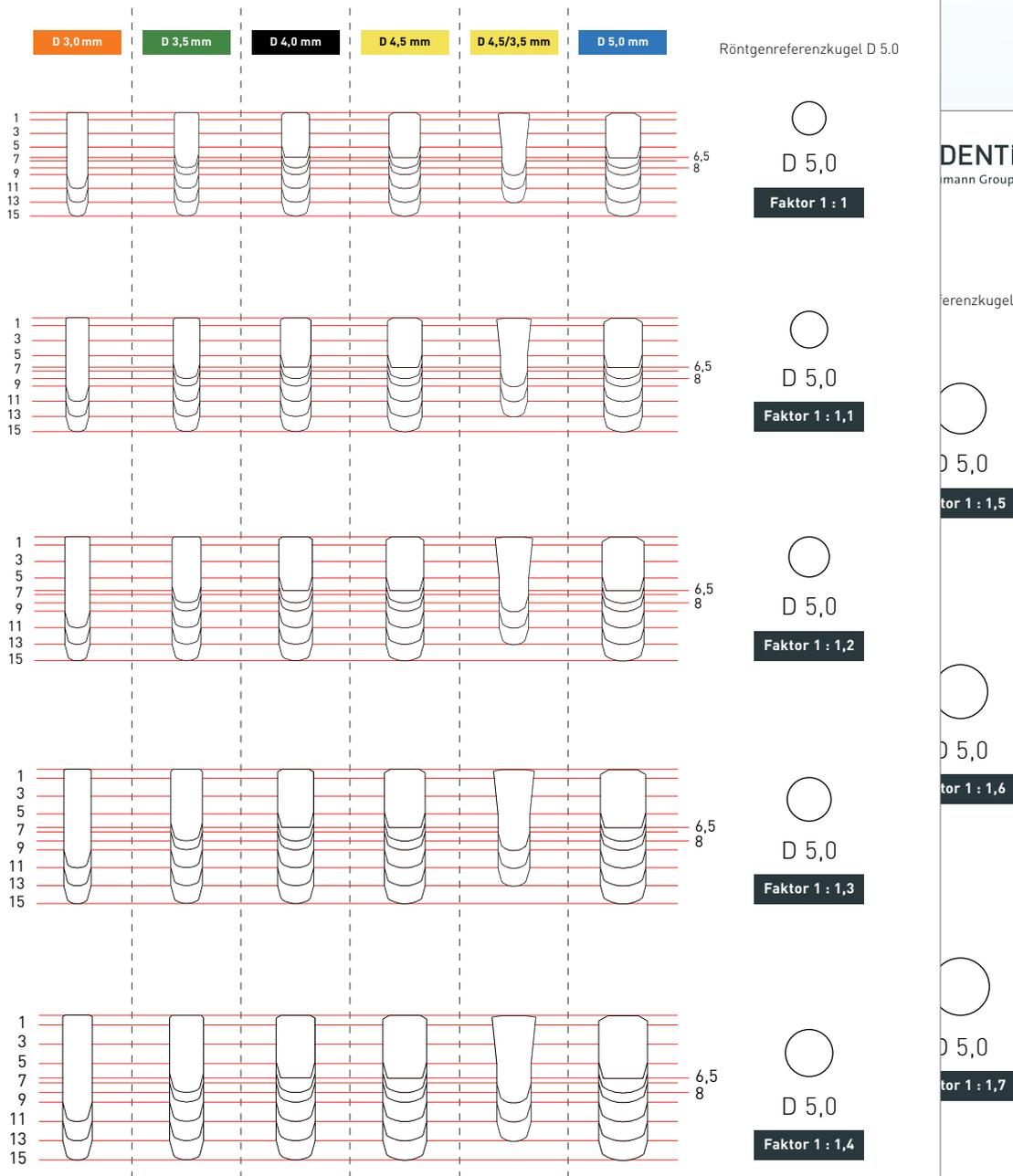


CHIRURGISCHE PLANUNG

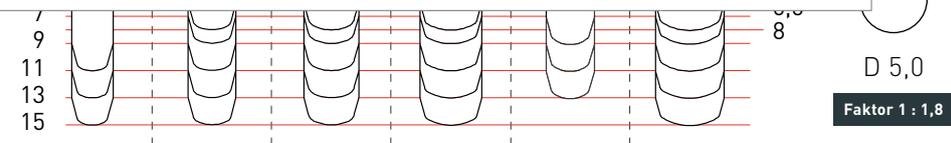
Eine ausreichende Höhe und Breite des Kieferknochens zur Insertion von Implantaten muss in der präoperativen Planung sorgfältig geprüft werden. Vestibuläre und orale Lamelle sollen mindestens eine Breite von 1,5 mm nach der Implantatinserion aufweisen. Röntgenologisch sind Lage und Verlauf wichtiger anatomischer Strukturen, wie Foramen mentale oder Kieferhöhle zu bestimmen. Sollte augmentiert werden, müssen diese Bereiche vor der Aufbereitung eine vollständige und mechanisch stabile Regeneration aufweisen. Die Auswahl der Implantatlängen- und -durchmesser erfolgt mittels Auflegen der Röntgenschablone auf das OPG (Vergrößerungsmaßstab beachten). Eine subkrestale Positionierung des Implantats muss bei der Röntgenanalyse berücksichtigt werden.

PRÄPROTHETISCHE PLANUNG

Um mit der Implantation die Grundlage für eine ästhetische und funktionelle Prothetik zu schaffen, ist eine präprothetische Planung und somit eine bestmögliche, zahnanaloge Positionierung der Implantate wichtigste Voraussetzung.



Art.-Nr. 0-24-13 September 2018



Art.-Nr. 0-24-13 September 2018

COMPUTERGESTÜTZTE BEHANDLUNGSPLANUNG

»» MedentiGuide ««



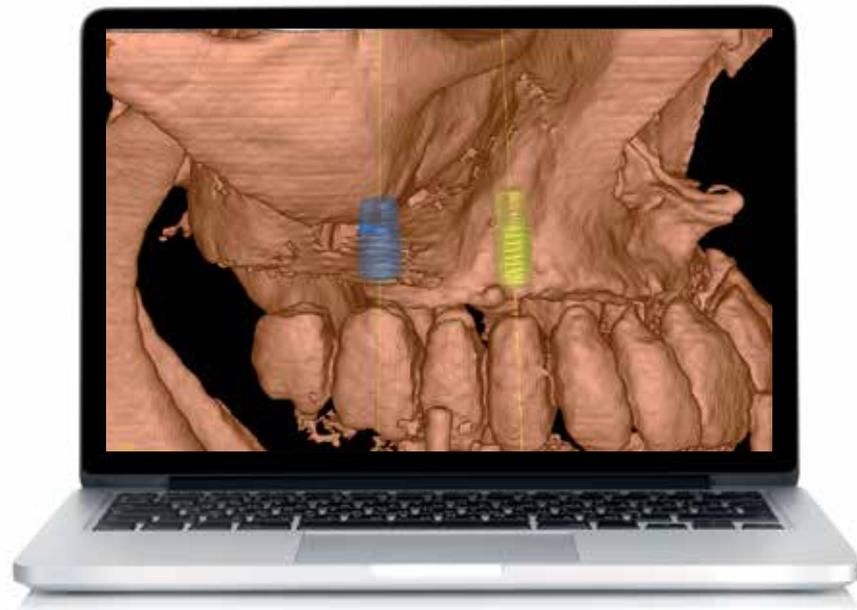
Die MedentiGuide Bohrhülsen unterstützen den Chirurgen bei der Aufbereitung des Implantatbetts für MEDENTiKA® Implantate. Ihre Anwendung muss zusammen mit einer speziell hierfür in einem 3D-Planungssystem geplanten und hergestellten chirurgischen Bohrschablone erfolgen. Die Planung können Sie mit den gängigsten Planungsprogrammen durchführen.

Die Behandlungsplanung auf der Grundlage dreidimensionaler bildgebender Verfahren (CT, DVT) erlaubt eine Therapieplanung mit höchster Präzision und macht das Behandlungsergebnis exakt vorhersagbar.

Vorteile gegenüber einer konventionellen Planung sind u. a.:

- Präzise dreidimensionale Planung und Implantation unter Einbeziehung der gewünschten Restauration
- Automatische Kollisionskontrolle, die zu geringen Abständen zwischen Implantaten oder zum Nerv anzeigt
- Informationen zur periimplantären Knochenqualität für Rückschlüsse auf die voraussichtliche Primärstabilität

Auf der Basis der digitalen Planungsdaten wird eine individuelle Bohrschablone gefertigt. Diese gewährleistet die exakte und präzise Übertragung der Planung in den Patientenmund.



Aktuell unterstützen diese Software Hersteller*
das MedentiGuide System



Hinweis:

Die MEDENTiKA® GmbH übernimmt keine Gewähr für die korrekte Planung, Umsetzung und Anfertigung der Bohrschablone. Es ist zwingend notwendig ausreichende Kenntnisse über die von Ihnen verwendete 3D-Planungssystem und die MEDENTiKA® Implantatsysteme zu haben. Vor dem Einsatz des MedentiGuide Bohrhülsen Systems ist eine intensive Auseinandersetzung mit dem 3D-Planungssystem für den Anwender dringend notwendig. Zudem sind ausreichende Kenntnisse im Bereich der präoperativen Implantatplanung und der dentalen Implantologie notwendig.

* teilweise abhängig von der Verfügbarkeit der Updates der jeweiligen Hersteller.

IMPLANTATVERPACKUNG

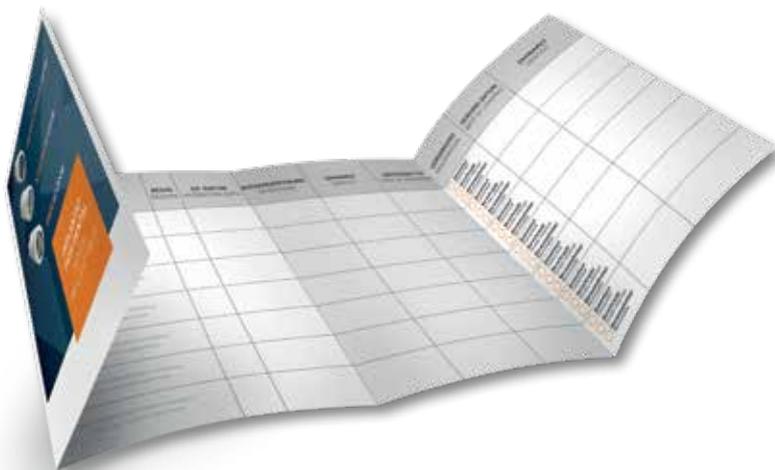
Das Implantat wird in einem sterilen Blister mit Umverpackung geliefert. Die Verpackung gewährleistet eine übersichtliche und einfache Lagerung.

- Hohe Produktwiedererkennung und Zuordnung durch klare und markenspezifische Gestaltung der Verpackung.
- Detailetikett und übersichtliches, auf das Wesentliche reduziertes Infoetikett außen.
- Dadurch einfach stapelbar, wichtige Produktinformationen bleiben auf einen Blick sichtbar.
- Großes 3-fach abziehbares Siegetikett auf der Blisterverpackung.



VERPACKUNGSSYMBOLLE

REF Artikelnummer	 Gebrauchsanweisung beachten
LOT Chargencode	 Nicht wiederverwenden
 Hersteller	CE-Kennzeichnung mit der Kennnummer der benannten Stelle CE 0483
 Verwendbar bis	STERILE R Sterilisiert durch Bestrahlung
R^X ONLY Gemäß dem Bundesgesetz der USA darf dieses Produkt nur auf Anordnung eines Arztes oder von einem Arzt erworben werden.	



IMPLANTAT-PASS

»» Implantat **Direktentnahme** ««

01 VORBEREITUNG DES IMPLANTATS ZUR ENTNAHME

- a) Entnehmen Sie den Peelbeutel aus der Verpackung
- b) Öffnen Sie den Peelbeutel
- c) Entfernen Sie die Tyvek-Folie der Blisterverpackung, um das Implantat freizulegen.



02 EINDREHINSTRUMENT IN ENDPOSITION FIXIEREN

Dann das Eindrehinstrument ohne Druck auszuüben solange im Uhrzeigersinn drehen, bis das Eindrehinstrument in den korrespondierenden Implantatanschluss rutscht. Danach das Eindrehinstrument in die Endposition bringen.

Bitte beachten: In Einzelfällen kann es vorkommen, dass sich das Implantat im Titanröhrchen leicht verklemmt. In diesen Fällen kann das Implantat leicht durch eine Drehung gegen den Uhrzeigersinn gelöst werden.



03 IMPLANTAT AUS TITANRÖHRCHEN ENTNEHMEN

Das so auf dem Eindrehinstrument gesicherte Implantat kann nun aus dem Titanröhrchen entnommen werden.



» Step by step Implantatbettauflbereitung «

(Beispielhaft für D 3,5 x 11 mm Implantat)

Schnittführung

Die Schnittführung dient zur Bildung eines Mukosalappens, um die Implantationsstelle knöchern darzustellen. Dabei wird ein Mucoperiostlappen gebildet, die Schnittführung ist fallabhängig und muss je nach Einheilmodus (gedeckte oder offene Einheilung) individuell berücksichtigt werden.

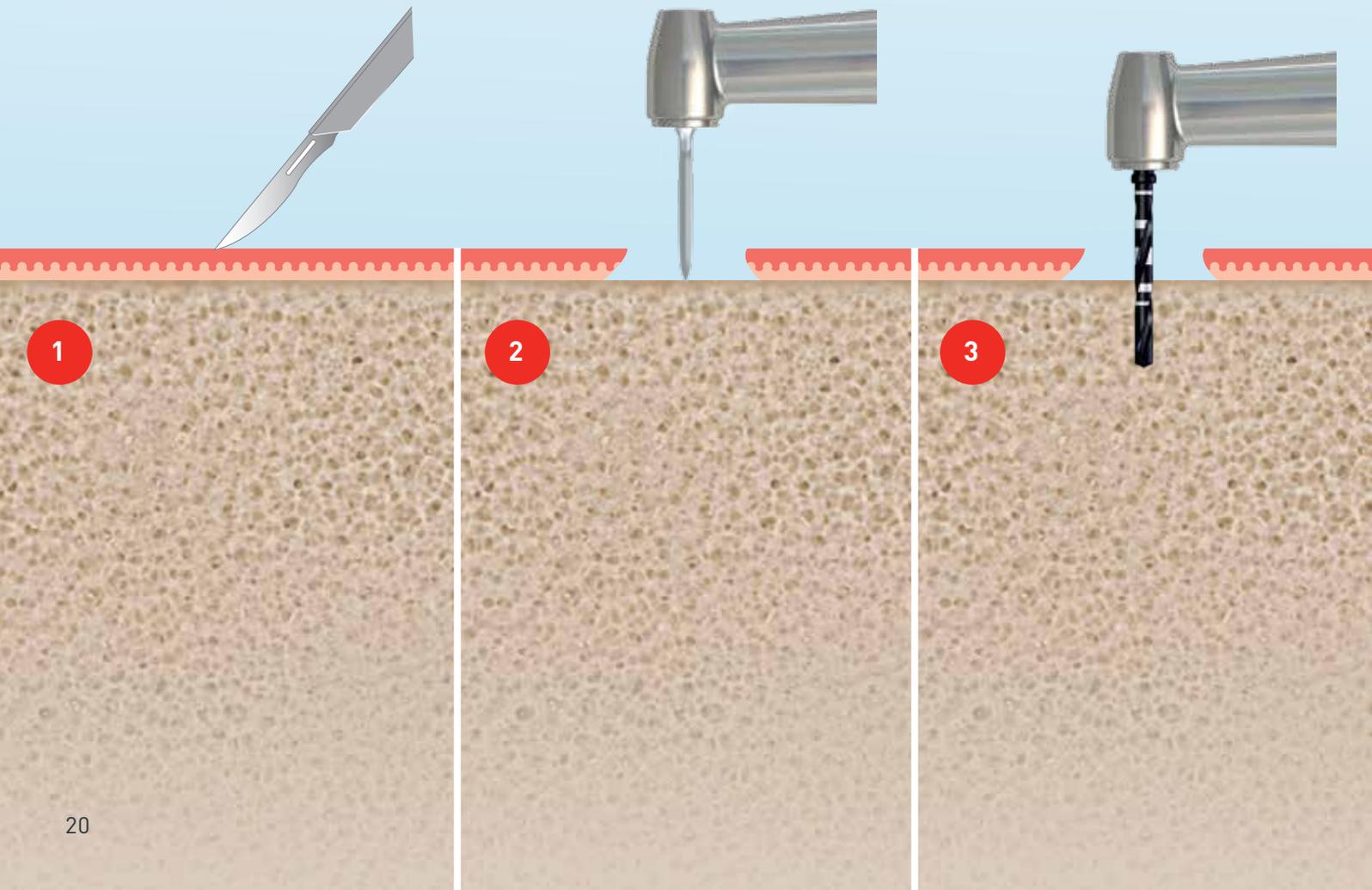
Markierungsbohrung mit dem Nadelbohrer Ø 1,6 mm

Die Markierungsbohrung erfolgt nach Mobilisation des Mucoperiostlappens mit dem Nadelbohrer und kann alternativ auch durch Zuhilfenahme einer Bohrschablone erfolgen.

Startbohrung mit dem Pilotbohrer Ø 2,0 mm

Die Startbohrung erfolgt mit dem Pilotbohrer Ø 2,0 mm. Hierbei wird die sagitale Richtung der Implantatachse sowie die Bohrungstiefe festgelegt (Tiefenmarkierungen beachten).

Zur definitiven Ausrichtung und um Abweichungen von der Implantatplanung zu vermeiden, wird eine schablonengestützte Implantation empfohlen.



Tiefenbohrung mit dem Standardbohrer Ø 3,0 mm

Die abzuschließende Tiefenbohrung in Knochenqualität D1/D2 erfolgt immer direkt mit dem Endbohrer, in diesem Fall mit dem Standardbohrer D 3,0 mm.

Zur Tiefenkontrolle dienen wiederum die zur jeweiligen Implantatlänge korrespondierenden Lasermarkierungen.

Die maximale Drehzahl beträgt 800 U/min.

Tiefenbohrung mit dem Kortikalisbohrer Ø 3,0/3,3 mm

Bei extrem kompakter Kortikalis und durchschnittlicher Spongiosa oder D1/D2 Knochenqualität im Unterkiefer, wird empfohlen, die abschließende Tiefenbohrung zusätzlich mit dem Kortikalisbohrer D 3,0/3,3 mm auszuführen.



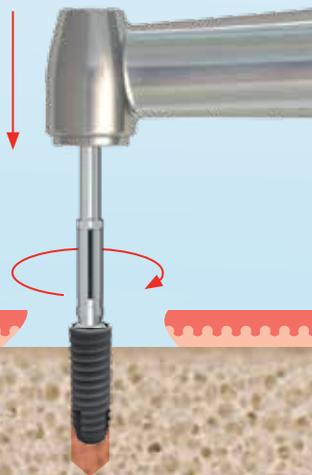
»» Implantatinsertion ««

Einsetzen des Implantats mit dem Winkelstück

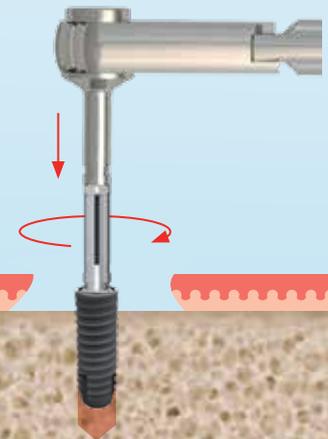
Wird das Implantat mit dem Eindrehinstrument für das Winkelstück eingesetzt, dürfen 50 U/Min. und 35 Ncm Drehmoment nicht überschritten werden. Falls diese 35 Ncm doch überschritten werden müssen, um die Implantat-Endposition zu erreichen, schrauben Sie das Implantat vorsichtig heraus und vergrößern Sie das Implantatbett mit dem Kortikalisbohrer.

Endpositionierung mit der Ratsche

Wird das Implantat mit der Ratsche und dem manuellen Eindrehinstrument inseriert, sollte die Ratsche mit einem Drehmoment von 35 Ncm eingestellt und dieses Drehmoment idealerweise nicht überschritten werden. Sollte das Drehmoment, z.B. aufgrund der Knochenqualität, höher sein, empfehlen wir das Implantat vorsichtig herauszuschrauben und das Implantatbett mit dem Kortikalisbohrer zu erweitern.



1a



1b

HINWEIS:

Aufgrund der gesteckten Verbindung zwischen Implantat und Einbringinstrument ist es beispielsweise bei einer offenen Sinuslift-Operation nicht möglich, das Implantat bei Bedarf zurückzuziehen, da sich diese Verbindung dabei lösen kann. Im ungünstigsten Fall besteht das Risiko, dass ein Implantat ungewollt in den Sinus Maxillaris verdrängt wird und durch aufwändige operative Maßnahmen wieder zurückgewonnen werden muss.

» Implantatinsertion «

Entfernen Eindrehinstrument

Nach Erreichen der Endposition des Implantats wird das Eindrehinstrument aus dem Implantat vorsichtig herausgezogen (entweder mit dem Winkelstück oder mit der Ratsche).

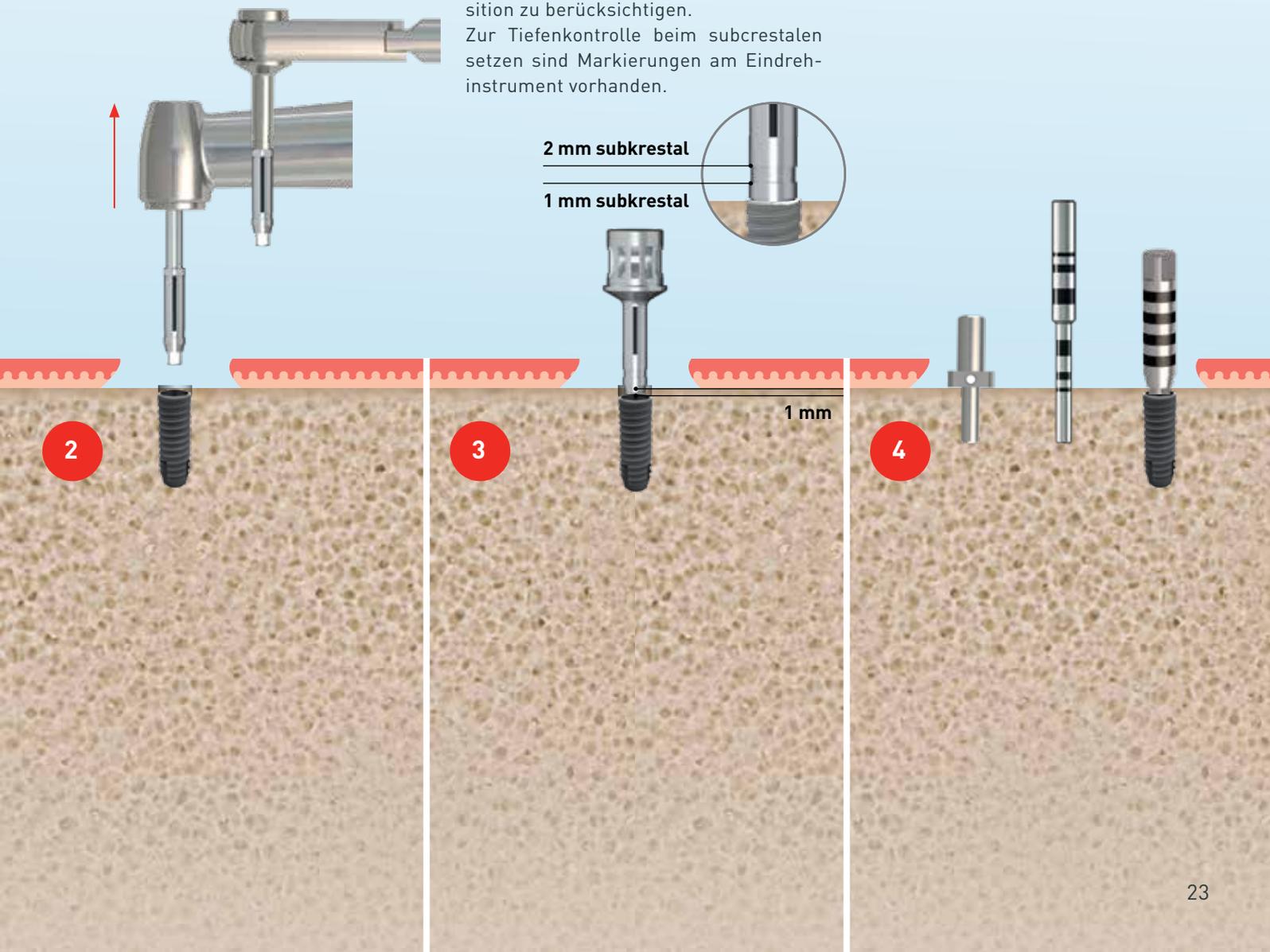
Subkrestale Implantatposition

Bedingt durch die interne Konusverbindung kann bei vertikal ausreichendem Knochenangebot das Implantat ca. 1 mm subkrestal inseriert werden, um den periimplantären Knochen besser zu stabilisieren. Ein solches Vorgehen sichert eine lastfreie Einheilung auch unter schleimhautgetragenem Zahnersatz und kann bei geringem Weichgewebeangebot in ästhetisch relevanten Bereichen das prothetische Ergebnis verbessern. Bei der präimplantologischen Planung und der Beobachtung der eingeschlifenen Lasermarkierung des Bohrers ist eine geplante subkrestale Implantatposition zu berücksichtigen. Zur Tiefenkontrolle beim subcrestalen Einsetzen sind Markierungen am Eindrehinstrument vorhanden.

Parallelisierungshilfe

Mit den Parallelisierungshilfen haben Sie beim Inserieren mehrerer Implantate die Möglichkeit, sich an der gewählten Implantatachse zu orientieren.

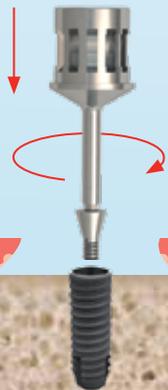
Entweder durch Einsetzen der Parallelisierungshilfe in das Implantatbett oder durch Einsetzen der Parallelisierungshilfe direkt in das Implantat.



»» Option 1: Gedeckte Einheilung ««

Eindreihen Verschlusschraube

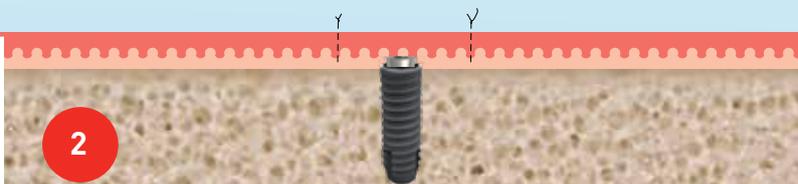
Ist das Implantat für eine gedeckte Einheilung vorgesehen, muss nach Entfernung des Eindrehinstruments die Verschlusschraube montiert werden.



1

Nahtverschluss

Der Kieferkamm wird durch Nahtlegung speicheldicht verschlossen. Der Nahtverschluss sollte möglichst spannungsfrei erfolgen. Die Dokumentation des Implantatsitzes erfolgt mit einer postoperativen Röntgenaufnahme. Eine belastungsfreie Einheilungsphase ist sicherzustellen.



2

» Option 1: Gedeckte Einheilung «

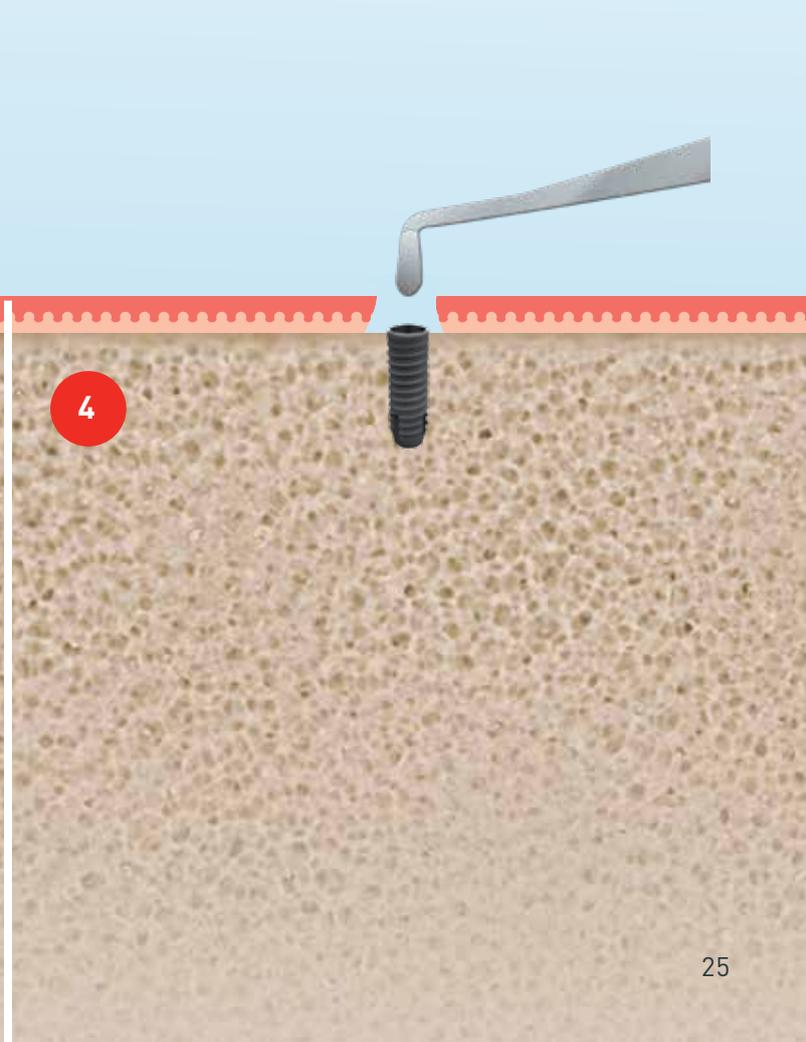
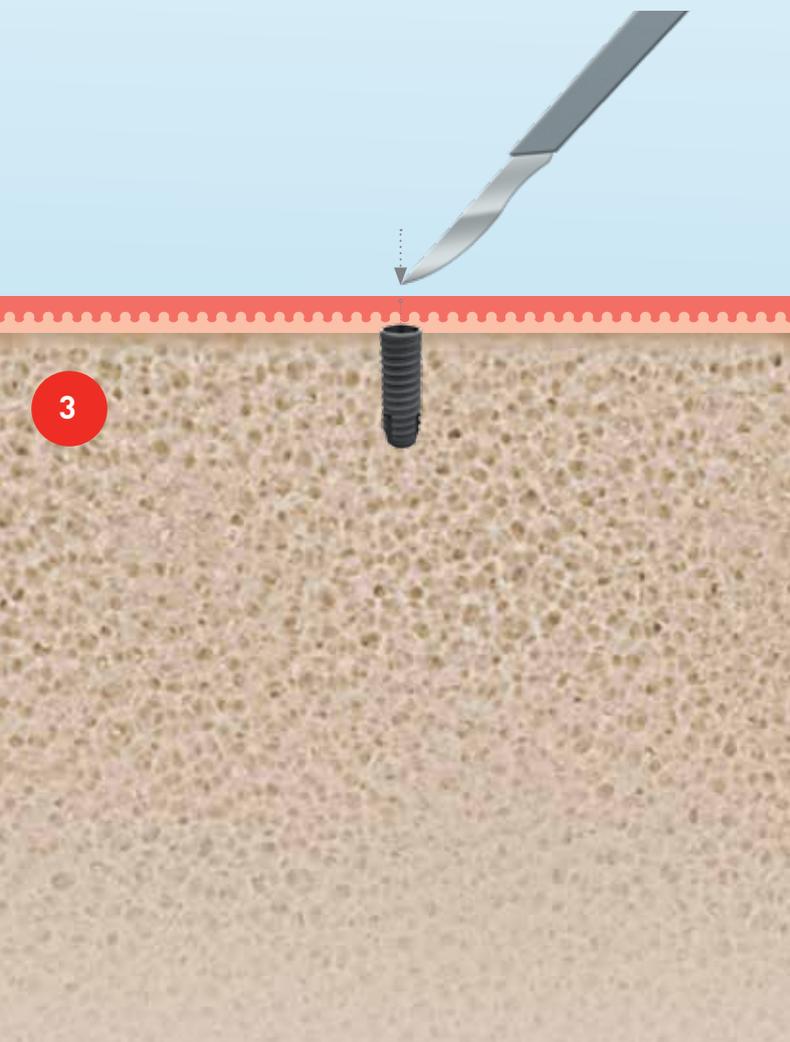
Inzision

Nach Lokalisation des Implantats und punktueller Anästhesie direkt über dem Implantat, führt ein begrenzter kreistaler Schnitt auf die Implantatoberfläche.

Freilegung

Der zentrale Innenhex der Verschlusschraube wird mit der Sonde gefunden. Bindegewebe oder Knochen ist oberhalb der Verschlusschraube mit dem scharfen Löffel zu entfernen.

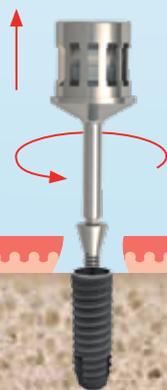
Knochen, der das Emergenzprofil stört, muss entfernt werden.



»» Option 1: Gedeckte Einheilung ««

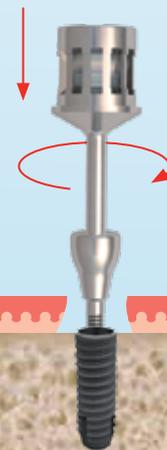
Entfernung Verschlusschraube

Die Verschlusschraube ist mit dem Handschraubendreher zu entfernen.



Gingivaformer inserieren

Entsprechend den prothetischen Anforderungen muss der passende Gingivaformer mit dem Handschraubendreher eingedreht werden.



» Option 2: Transgingivale Einheilung «

Gingivaformer

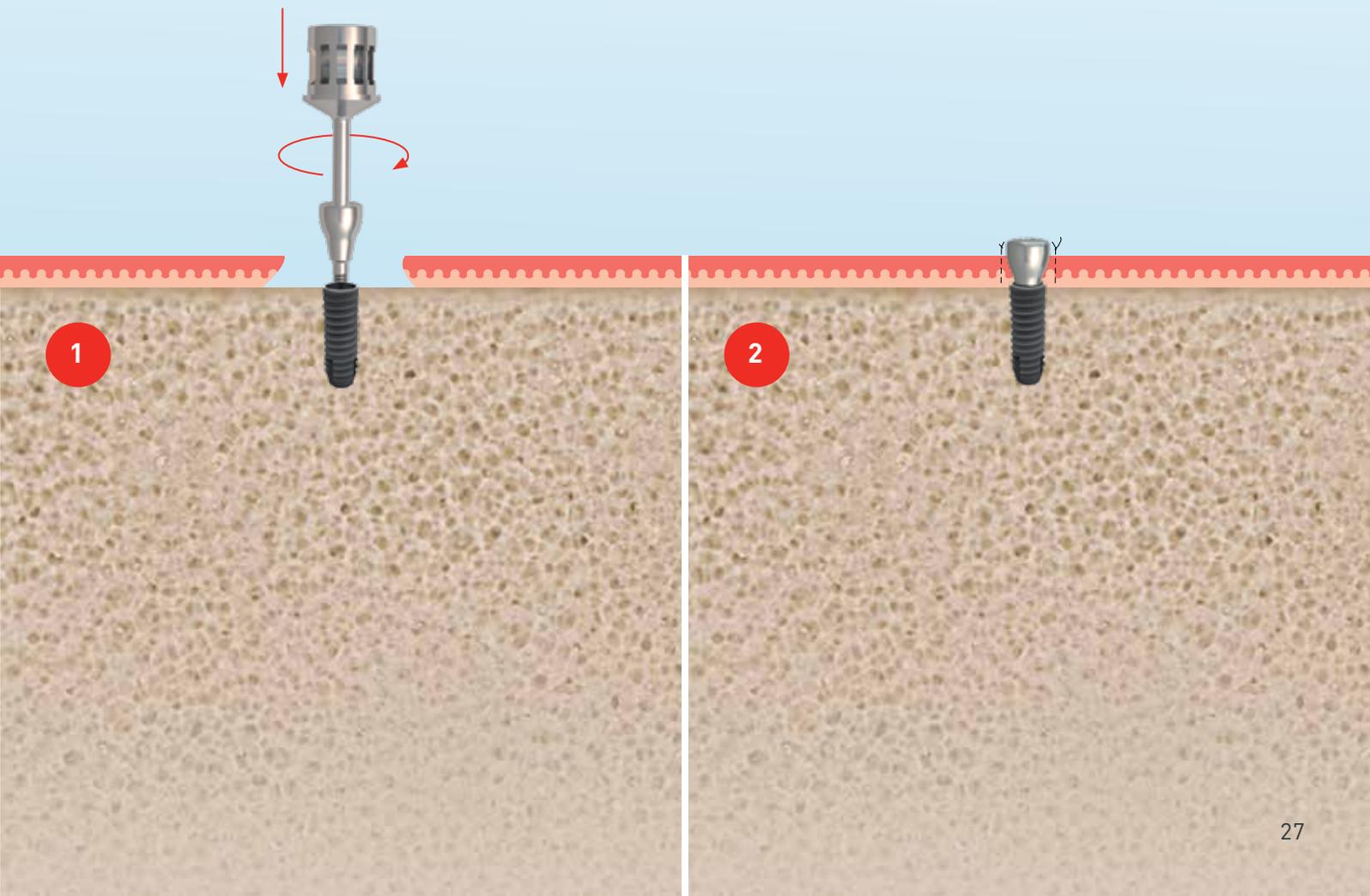
Ist das Implantat für eine transgingivale Einheilung vorgesehen, muss nach Entfernung des Eindrehinstruments ein Gingivaformer entsprechend der Dicke des Weichgewebes montiert werden. Der Durchmesser des Gingivaformers muss den prothetischen Anforderungen entsprechend gewählt werden.

BITTE BEACHTEN:

Im Falle einer temporären Versorgung mit einer Teil- oder Vollprothese ist darauf zu achten, dass kein Kontakt zwischen Gingivaformer oder Provisorium vorhanden ist.

Nahtverschluss

Die Wundränder werden dann an den Gingivaformer adaptiert und durch Nähte fixiert.



»» Option 3: Sofortversorgung mit Provisorium ««

Einleitung

Sofern die klinischen Voraussetzungen für eine Sofortversorgung mit einem Provisorium gegeben sind, stellt diese eine Möglichkeit dar, den Patienten direkt nach Insertion der Implantate mit implantatgetragenen Zahnersatz provisorisch zu versorgen. Zu beachten ist hier, dass das Provisorium belastungsfrei einheilen kann und nicht in Okklusion steht. Des Weiteren liegt es in der Verantwortung des Chirurgen, den Patienten entsprechend aufzuklären, um das postoperative Verhalten einer belastungsfreien Einheilung des Implantats garantieren zu können.

Anfertigung Provisorium

Die provisorische Versorgung wird auf dem provisorischen Aufbau gefertigt. Das Beschleifen sollte außerhalb des Mundes erfolgen.

Zum leichteren Anpassen sind provisorische Abutments mit dem Emergenzdurchmesser D 5,5 mm, gerade und abgewinkelt, verfügbar.

Des Weiteren gibt es provisorische Abutments, welche als Metallbasis additiven Verfahren dienen.



1

»» Option 3: Sofortversorgung mit Provisorium ««

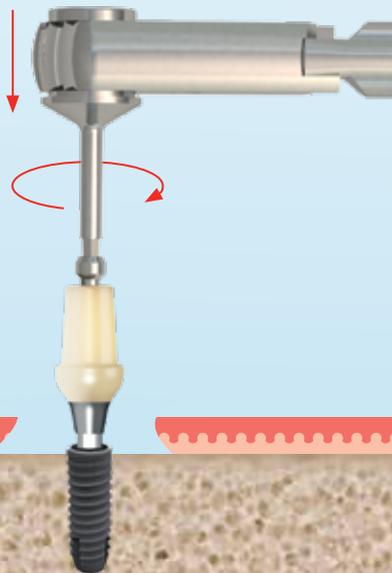
Eingliedern Provisorium

Zur Eingliederung des Implantatinnere mit Luft/Wasser-Spray reinigen und trocknen. Die Verschraubung des Aufbaus erfolgt mit Hilfe der Prothetikersche oder einem drehmomentgesteuerten Winkelstück mit 25 Ncm.

Die Suprastruktur mit provisorischem Zement zementieren. Überschüssigen Zement am Kronenrand vollständig entfernen. Speicheldichter Wundverschluss ist sicherzustellen.

BITTE BEACHTEN:

Provisorien müssen spätestens nach sechs Monaten ersetzt werden.



Belastungen

Voraussetzung für Sofortbelastung ist eine Primärstabilität größer/gleich 35 Ncm. Übermäßige Belastung durch das Provisorium sollte ausgeschlossen werden. Es dürfen keine Okklusions- oder Artikulationskontakte vorhanden sein. Ein Insertionsdrehmoment von mindestens 35 Ncm verringert während der initialen Einheilphase die Gefahr von Makrobewegungen an der Implantat-Knochengrenze, beispielsweise durch Zungen- oder Wangendruck. Studien^{1,2} belegen, dass während der Osseointegration dentaler Implantate Mikrobewegungen bis zu einem Schwellenwert von ca. 150 µm toleriert werden.

Unter der Voraussetzung, dass dieser Wert nicht überschritten wird und alle anderen Anforderungen erfüllt sind, kann eine erfolgreiche Osseointegration auch bei „nichtfunktioneller Sofortbelastung“ stattfinden.

- 1 Brunski JB: Biomechanical factors affecting the bone-dental implant interface. Clin Mater 1992; 10 (3): 153-201
- 2 Brunski JB: Avoid pitfalls overloading and micromotions of intraosseous implants. Dent Implantol Update 1993;4 (10): 77-81

»» Kontinuität Emergenzprofil ««

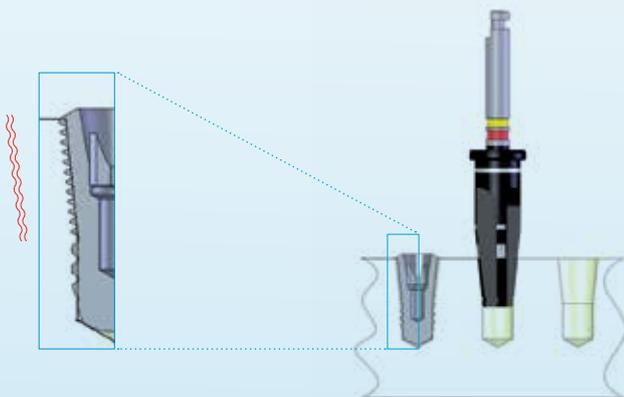
KONTINUITÄT EMERGENZPROFIL				
IMPLANTATE	MICROCONE RI D 3,5 - 5,0			
	GINGIVAFORMER			PROVISORIUM
GINGIVAFORMER /PROVISORIUM				
	Ø 4,5 GH 1-6	Ø 5,5 GH 1-6	Ø 6,5 GH 1-6	Ø 5,5 GH 1-6
ABFORMPFOSTEN				
				
	Ø 4,5 GH 1-2	Ø 5,5 GH 1-2	Ø 6,5 GH 1-2	Ø 5,5 GH 1-2
				
	Ø 4,5 GH 3-6	Ø 5,5 GH 3-6	Ø 6,5 GH 3-6	Ø 5,5 GH 3-6
ABUTMENT				
	Ø 4,5 GH 1,5-5	Ø 5,5 GH 1,5-5	Ø 6,5 GH 1,5-5	Ø 5,5 GH 1,5-5

Die Form (Emergenzprofil) der Gingivaformer und des provisorischen Abutments orientiert sich exakt an der Form der prothetischen Abutments. Zur besseren Übertragung des gewählten Emergenzprofils auf das Modell haben Sie optional die Möglichkeit, die individuellen Abformpfosten zu verwenden, diese orientieren sich ebenfalls exakt am Emergenzprofil der Gingivaformer und Abutments.

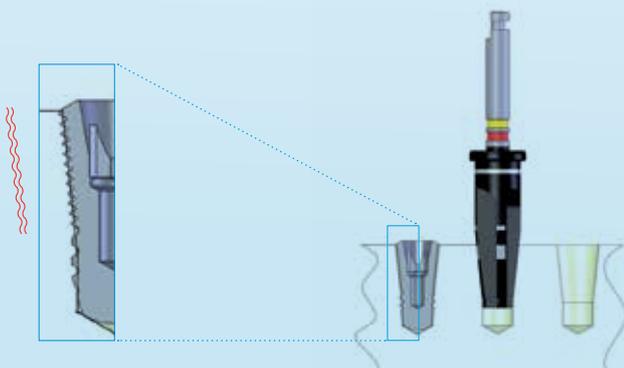
» Erweiterungsbohrer konisch «

Optional einzusetzen bei Implantat D 4,5/3,5 mm konisch

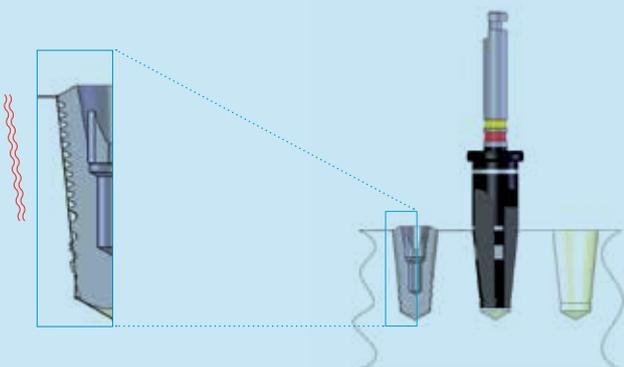
Mit dem optionalen Erweiterungsbohrer konisch können Sie, gemäß nachfolgender Darstellung, die Eindringtiefe der Gewindeflanken des konischen Implantatanteils individuell steuern. Damit können Sie in Abhängigkeit der Knochenqualität die Primärstabilität des Implantats beeinflussen.



1. Die Gewindeflanken des konischen Implantatanteils haben die volle Eindringtiefe in den Knochen.



2. Die Gewindeflanken des konischen Implantatanteils haben die halbe Eindringtiefe in den Knochen.



3. Die Gewindeflanken des konischen Implantatanteils sind freigestellt.

» Prothetik «

Mit unserem hochinnovativen Prothetiks Sortiment lassen sich alle prothetischen Indikationen realisieren. Die hochpräzise, konische Implantat-Aufbau-Verbindung lässt sich sicher fixieren und verhindert Mikrobewegungen zwischen Implantat und Aufbau. Selbst für anspruchsvollste

Fälle stehen im Rahmen unseres Prothetiks sortiments eine Vielzahl von Abutments zur Verfügung. Ob Krone, Brücke oder herausnehmbare Prothese – Aufbauten vielfältigster Art geben Ihnen den Spielraum, alle prothetischen Indikationen sicher realisieren zu können.

01 INDIVIDUELLE ABFORMPFOSTEN



Unser System gibt Ihnen erstmalig die Möglichkeit, das durch die Gingivaformer ideal geformte Emergenzprofil, mit Hilfe der Abformung, konsequent für die definitive Prothetik auf das Modell zu übertragen.

Die mit einem Handgriff individualisierbaren Abformpfosten erlauben es dem Behandler jetzt, die Emergenz gemäß Gingivaformer präzise ins Labor zu übertragen. Dort stehen wiederum darauf perfekt abgestimmte Abutments zur Verfügung.

02 PROVISORISCHES ABUTMENT ADDITIV



- Sie eignen sich besonders zum einfachen, schnellen Erstellen von provisorischen Versorgungen
- Der ebenfalls äußerst günstige Bezugspreis macht diese Abutments umso attraktiver

03 PROVISORISCHES ABUTMENT



- Für die Herstellung von provisorischen Versorgungen
- Gerade und anguliert erhältlich
- Aus zahnfarbenem Kunststoff auf Titankern gespritzt, daher leicht und schnell individualisierbar

04 STANDARDABUTMENT



- Für Einzelkronen und Brücken
- Gerade oder anguliert erhältlich
- In unterschiedlichen Gingivahöhen und Abutmentdurchmessern
- Individualisierbar durch Beschleifen

05 MASSIVABUTMENT



- Zur einfachen und optimierten Herstellung von Doppelkronen
- Zur Fixierung von Prothesen und herausnehmbaren Brücken
- Ausgleich von starken Achsdivergenzen durch individuelle Frästechnik
- Gerade und anguliert erhältlich

06 HSL-ABUTMENT



- Für prothetisch schwierige Situationen, die individuelle Lösungen für Kronen, Brücken und Prothesen erfordern
- Zum Ausgleich von Achsdivergenzen
- Für die freie Modellation bei schwieriger Implantatposition

07 CoCr ABUTMENT



- Für prothetisch schwierige Situationen, die individuelle Lösungen für Kronen, Brücken und Prothesen erfordern
- Für NEM mit einer Liquidustemperatur bis 1420 °C
- Spaltfreier Anguss
- Günstiger als HSL

09 TITANBASIS ASC FLEX



Die Titanbasis für abgewinkelten Schraubenkanal ist speziell für die komplexen Fälle in der Prothetik entwickelt worden. Es besteht nun die Möglichkeit, bei einer ungünstigen Implantatposition oder im ästhetischen Bereich, den Schraubenkanal nach oral zu verlegen.

- in unterschiedlichen Gingivahöhen
- spezielle Schraube und Schraubendreher mit Kugel-Torx für einfacheres Festschrauben bei schwierigen Verhältnissen
- Kamin kürzbar

10 TITANBASIS 2. GENERATION



- 2 verschiedene Kaminhöhen für optimale statische Unterstützung der Zirkonkonstruktion
- 2 Gingivahöhen zur optimalen Gestaltung des keramischen Emergenzprofils
- Durchmesser reduzierte Plattform mit deutlich mehr Gestaltungsspielraum für die Zirkonkonstruktion
- Aus Titan Grad 5 gefertigte Scanbodies mit deutlich höherer Präzision und Haltbarkeit
- Die Oberfläche der Scanbodies ist mit einer Spezialbeschichtung zur optimalen Erfassung im Scanner beschichtet

11 MEDENTICAD ABUTMENT



INDIVIDUELLE EINTEILIGE ABUTMENTS: IN TITAN UND CoCr

- Custom Made in 48 Stunden
- Sie gestalten digital oder manuell – wir fräsen für Sie
- Hochpräzise gefertigt
- Wenig teurer als konfektionierte Abutments

12 LABORIMPLANTAT CAD/CAM



- Hochpräzise repositionierbar, radial und axial absolut lagestabile Laborimplantate, welche speziell für geprintete Modelle und Intraoral-Scanner entwickelt wurden.
- Die Endposition ist sicher überprüfbar und klar definiert, durch einen deutlich spürbaren >>KLICK<<. Dadurch ist eine ungewollte Positionsveränderung durch Vibration oder Verschmutzung etc. ausgeschlossen.
- Dies erhöht die Prozesssicherheit wesentlich und vermeidet meist sehr kostspielige Fehler.
- Ergänzt wird die Produktpalette durch die zu den jeweiligen Laborimplantaten passenden Einbringwerkzeuge.

13 MULTI-UNIT



Das Multi-unit Abutment unterstützt eine Vielzahl an prothetischen Versorgung. So ist es unter anderem ideal zur Herstellung von patientenbezogenen individuellen mehrgliedrigen Versorgung oder als Grundlage für eine individualisierte Versorgung im ästhetischen Bereich.

- in gerader und abgewinkelter Form 17° und 30°
- in unterschiedlichen Gingivahöhen
- diverse Prothetikkomponenten
- steril verpackt

14 MEDENTIBASE



- Mit dem MedentiBASE-Abutment haben Sie die Möglichkeit unterschiedlichste, mehrgliedrige konventionell oder CAD/CAM gefertigte Steg- und Brückenkonstruktionen im Ober- und Unterkiefer zu erstellen. MedentiBASE Abutments sind in 5 verschiedenen Gingivahöhen erhältlich.
- Spezielle Klebebasen ermöglichen die Realisierung von spannungsfreien Gerüsten → PASSIVE-FIT
- Einfach und präzise herstellbar über angießbare oder ausbrennbare Kronenbasen
- Einmal gesetzte Aufbauten verbleiben im Mund, das Labor arbeitet auf analogen Modellen
- Vereinfachte supragingivale Abformung und Gerüstprobe

15 MEDENTILOC



- Weiterentwicklung durch MEDENTiKA®
- Abgewinkelte MedentiLOC Abutments 2-teilig mit separater Schraube für optimalen Sitz im Implantat
- Exzellentes Preis-Leistungsverhältnis

NOVALOC MATRIZENSYSTEM

Novaloc - Neueste Technologie.

Das Novaloc Matrizenystem mit seiner neu entwickelten Technologie ist ein konfektioniertes Verbindungselement zur Fixierung von abnehmbarem Zahnersatz auf MedentiLOC und Novaloc Abutments. Das Matrizengehäuse ist erhältlich in Titan + farbneutralem PEEK.

16 MEDENTiKA® NOVALOC MATRIZENSYSTEM



ADLC OBERFLÄCHE

- Die Oberflächengüte der ADLC Beschichtung (amorphous diamond-like carbon) setzt neue Maßstäbe. Höchste Härte im Verbund mit besten Gleiteigenschaften reduzieren Abrasionen am Abutment und Schäden am Retentionseinsatz.

SCHRAUBENKOPFÖFFNUNG

- Die kleine Schraubenkopföffnung des geraden Novaloc Abutments verhindert die Ansammlung von Speiseresten. Einfach und präzise herstellbar über angleißbare oder ausbrennbare Kronenbasen.

DIVERGENZAUSGLEICH

- In Kombination mit den abgewinkelten Novaloc Abutments können Sie Divergenzen bis 70° zwischen Implantaten ausgleichen.

17 MEDENTiKA® OPTILOC MATRIZENSYSTEM



ADLC OBERFLÄCHE

- Die Oberflächengüte der ADLC Beschichtung (amorphous diamond-like carbon) setzt neue Maßstäbe. Höchste Härte im Verbund mit besten Gleiteigenschaften reduzieren Abrasionen am Abutment und Schäden am Retentionseinsatz.

GESCHLOSSENE OBERFLÄCHE

- Aufgrund des cleveren Eindrehinstruments benötigt das OptiLoc Abutment keine Schraubenkopföffnung. Dadurch kann die Ansammlung von Speiseresten in diesem Bereich vollständig vermieden werden.

MINIMALE BAUGRÖSSE

- Schlanker als der Marktführer, tiefer als Kugelsysteme. Optimale Abmessungen ermöglichen das Platzieren der Matrize nun auch bei engen Platzverhältnissen.

18 PREFACE



IN TITAN UND CoCr

Hochpräzise PreFace-Abutments als Fräsrohlinge. Mit PreFace-Abutments sind Sie auf der sicheren Seite. Während die Durchmesser 11,5 und 16 Millimeter für die notwendige Variabilität sorgen, garantiert eine einheitliche Länge die exakte Nullpunktdefinition. Wir liefern Ihre PreFace-Abutments im Übrigen immer inklusive der Abutmentschraube! Um Ihnen auch auf der Materialseite größtmögliche Variabilität zu gewährleisten sind die PreFace-Abutments in Titan Grade 5 KV als auch in CoCr verfügbar.

19 PREFACE-ABUTMENTHALTER

Wesentlich präzisere Fertigung als mit herkömmlichen Haltern – durch die innovative, einteilige Bauweise. Kurze Produktionszeiten – durch die gleichzeitige Bearbeitung von sechs Rohlingen in einem Arbeitsgang. Besonders zeitsparende Arbeitsweise – durch Spannung des Abutments mit lediglich einer Schraube im Halter. Maximaler Schutz für das exakt gestaltete Implantatinterface – durch Spannen des Abutments lediglich auf der Stirnseite.

Sehr übersichtliche und für Fehler nicht anfällige Produktion – durch minimale Anzahl der Komponenten. Extrem günstige Investition – durch die einfache Bauweise des PreFace-Abutmenthalters und die Vermeidung teurer Verschleißteile.



PreFace-Abutmenthalter sind aktuell verfügbar für folgende Maschinenhersteller:

VHF®
 imes-icore®
 Datron D5®
 Wissner Gamma 202®
 Röders RXD®
 Dental Concept DC1/DC5®
 MB Maschinen Cobra Mill®
 Primacon PFM 24 mediMill®
 R+K
 Sirona InLab MC X5

Die PreFace-Abutmenthalter müssen direkt beim Maschinenhersteller bestellt werden.





Herausgeber: MEDENTiKA® GmbH
Hammweg 8-10
76549 Hügelsheim
Tel: +49 (0)7229 69912-10
info@medentika.de
www.medentika.com

Gestaltung: Der WeberFink GbR
Büro für grafische Gestaltung
www.weberfink.de

Stand: Dezember 2019

Wir sind zertifiziert nach:
DIN EN ISO 13485
Medizinprodukterichtlinie 93/42/EWG
Anhang II

CE0483

Technische Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Die Gebrauchsanweisungen und Garantiebedingungen finden Sie auf der Internetseite
www.medentika.com.

Mehr Informationen zur Garantie können auch
direkt beim Hersteller angefordert werden.

MEDENTiKA® GmbH
Hammweg 8-10
76549 Hügelshem
info@medentika.de
www.medentika.com

» **Präzision** aus
Verantwortung «