

Das Formular muss mit allen nötigen Informationen und Einzelheiten ausgefüllt und der Unterschrift und Stempel des Kunden versehen werden.
Der Kunde muss für pro Reklamationsfall ein Formular erstellen.

ACHTUNG! Bitte beachten sie vor dem Abschicken der Produkte folgenden Information;

1. Alle Produkte müssen absolut sauber und sterilisiert an NEODENT/AUTORISIERTER HÄNDLER versandt werden.
2. Produkte, die nicht sauber und sterilisiert sind, werden nicht empfangen und zur Analyse angenommen und nach Erhalt verworfen.
3. Das Material muss ordnungsgemäß verpackt werden und an NEODENT/ AUTORISIERTER HÄNDLER geschickt werden. Benutzen sie selbstverschließende Beutel der laminiert ist und für Hochdrucksterilisatoren geeignet ist.
4. Die Erstellung des technischen Berichts durch Neodent erfolgt auf Anfrage innerhalb von 45 Arbeitstagen nach Eingang in Brasilien, sofern alle hier genannten Bedingungen erfüllt sind.
5. Die zur Überprüfung bereitgestellten Informationen werden vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.
6. Mit * gekennzeichnete Informationen müssen bei Implantatbeschwerden ausgefüllt werden.
7. Der Austausch erfolgt durch den gleichen Artikel, Ausnahmen werden direkt vom Kunden bearbeitet

INFORMATIONEN ÜBER DIE ZAHN- / PROTHETISCHE CHIRURGIE

Name:

Adresse:

Nr:

Adresszustz:

PLZ:

Stad:

Land:

Telefon:

E-mail:

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Patienten ID:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Gewicht:

Hinweis: Füllen Sie diese aus, wenn dies nach den gesetzlichen Bestimmungen des Landes zulässig ist..

MEDIZINISHE DATEN:

Diabetes Mellitus

Strahlentherapie (Kopf/Hals)

Alkohol und Drogenmissbrauch

Chemotherapie

Lymphstörungen

Krankheit, die Steroidgebrauch erfordert

Raucher

Nicht behandelte endokrine erkrankungen

Blutgerinnungsstörung

Immundefizienz

Xerostomie

Psychische Störungen

Allergien?

Andere Krankheiten?

PRODUKTINFORMATION

Artikel Nummer	Produktname	Los/ Seriennummer	Menge	Installationsdatum	Datum des Ereignisses	*Installationsbereich

* Informieren Sie den Installationsbereich gemäß der FDI-Dentalnummerierung

INFORMATIONEN ZUR VERANSTALTUNG

WÄHLEN SIE DAS PROBLEM AUS:

Osseointegration Mangel

Verpackungsproblem

Tod / Fälschung

Falsche Passform

Entfernung

Beschriftungsproblem

Unvollständig

Unangemessene Funktion

Bruch

Schlucken / Aspiration

Gesperrtes Produkt

Unlesbar

Getragen

Beschädigt

Allergie, beschreiben

Postoperative Komplikationen, beschreiben:

Andere:

*Implantat Entfernung wegen Abutment / Instrument Problem?

*War die Implantatentfernung die Entscheidung des Zahnarztes oder die Bitte des Patienten?

*Wurde ein anderes Implantat direkt gesetzt nach der Entfernung?

*Wie hoch war das Drehmoment? N .cm

*Knochenqualität?

*Sofortimplantation nach Zahnentfernung? Wenn Ja, gibt es Verletzungen?

*Kam es zu irgendeiner Art von Fenestration?

*Wurde eine Knochenaugmentation durchgeführt? Wenn Ja, Welches Material wird verwendet?

*Information zum eingesetzten Sekundärteil

*Wann wurde es eingesetzt?

*Installationsdatum der Komponente

*Hygiene um das Implantat

***WAR EINER ODER MEHRERE DER FOLGENDEN PUNKTE AM VORFALL BETEILIGT:**

Okklusales Trauma	Trauma / Unfall	Sofortbelastung
Chirurgisches Trauma	Zungendruck	Nicht benutzen der Zahnschiene
Entzündung	Perimplantitis	Sofortige Extraktionsstelle
Überhitzung des Knochens	Knochenresorption	Implantatbruch Sinusperforation
Ungenügende Knochenqualität	Ungenügende Knochenquantität	biomechanische Überlastung
Nervenkompression	Bruxismus	
Medikamente?		
Weitere Krankheiten?		
Sonstiges?		

***BEIM IMPLANTAT VERLUST WURDE FOLGENDES FESTGESTELLT:**

Schmerzen	Schwellung	Entzündung
Blutung	Überempfindlichkeit	Asymptotisch
Instabilität	Taubheit	Keine Kontrollbesuche
Abszess	Fistel	
Andere:		

*WIE WAR DIE REIHENFOLGE DER EINGESETZTEN BOHRER? MARKIEREN:

Initialbohrer	Spiralbohrer 2.0	Spiralbohrer 2.8	Spiralbohrer 3.0	Spiralbohrer 3.15	Spiralbohrer 3.3	Spiralbohrer 3.8	Spiralbohrer 4.3	Spiralbohrer 5.3
Alvim Bohrer 2.0	Alvim Bohrer 3.5	Alvim Bohrer 4.3	Alvim Bohrer 5.0	Alvim Knochenge- windes chneider 3.5	Alvim Knochenge- windes chneider 4.3	Alvim Knochenge- windeschne- ider 5.0		
Pilotbohrer 2/3	Pilotbohrer 2.8/3.5	Pilotbohrer 3/3.75	Pilotbohrer 3.3/4	Pilotbohrer 3.6/4.3	Pilotbohrer 4.3/5	Pilotbohrer 3.8/ 4.3	Pilotbohrer 4.3/5.3	Pilotbohrer 5.3/6
Versenk bohrer 3.3	Versenk bohrer 3.5	Versenk bohrer 4.1	Versenk bohrer 4.3	Versenk bohrer 4.5/5.0				
Facility Bohrer 2.0	Facility Bohrer 10	Facility Bohrer 12	Facility Bohrer 14	Knochengewindes chneider				
Zygomatischer Bohrer plus 2.9	Zigomaticbohrer 2.7	Zigomaticbohrer 2.7/3.3	Zigomaticbohrer 3.3	Zigomaticbohrer 3.3/3.7	Versenkbohrer Zygomatischerbohr- er CM Plus			
Konischer Bohrer 2.0	Konischer Bohrer 3.5	Konischer Bohrer Kontur 3.5+	Konischer Bohrer 3.75	Konischer Bohrer Kontur 3.75+	Konischer Bohrer 4.0	Konischer Bohrer Kontur4.0+	Konischer Bohrer 4.3	Konischer Bohrer Kontur 4.3+
Pilotbohrer GM 2/3	Pilotbohrer GM 2.8/3.5	Pilotbohrer GM 3/3.75	Pilotbohrer GM 3.3/4	Pilotbohrer GM 3.6/4.3	Pilotbohrer GM 4.3/5	Pilotbohrer GM 3.8/4.3	Pilotbohrer GM 4.3/5.3	Pilotbohrer GM 5.3/6
Initialbohrer	Konischer Bohrer 2.0	Konischer Bohrer 3.5	Konischer Bohrer 4.3	Versenk bohrer Zi	Knochenprofilfräse mit Führung Zi			

Andere?

WIEDERVERWENDBARE PRODUKTE:

Welches Reinigungsmittel wurde benutzt?

Art der Reinigung?

Welches Material wurde während der Reinigung benutzt?

Gab es Schwierigkeiten bei der Anwendung des Instruments?

ANALYSE UND ERSATZBERICHT

Bedenken sie einen Reklamationsbericht?

Möchten sie den gleichen Artikel als Ersatz?

STERILISIERUNGSERKLÄRUNG

Ich,merk, dass die oben erwähnten und eingesendeten Produkte für ein technisches Gutachten vorschriftsmäßig sterilisiert wurden.

Verantwortlich:

Datum der Sterilisierung

Unterschrift: