

Formularz reklamacyjny

1. INFORMACJE O KLIENCIE

Włącznie z imieniem i nazwiskiem lekarza oraz adresem (proszę wypełnić drukowanymi literami lub użyć pieczętki)

_____	Numer telefonu	_____
_____	Kraj	_____
_____	Dane kontaktowe praktyki dentystycznej	_____

2. INFORMACJE O PRODUKTACH (proszę wymienić wszystkie zastosowane produkty firmy Thommen Medical)

Nr art.	Ilość	Data wprowadzenia (dd/mm/rrrr)	Data usunięcia (dd/mm/rrrr)	Okolica
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Data zdarzenia: _____

3. INFORMACJE O PACJENCIE (wypełnić tylko w przypadku zwrotu implantów)

Nr pacjenta: _____ Wiek: _____ Kobieta Mężczyzna

Dane medyczne

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Napromieniowanie okolic głowy i szyi | <input type="checkbox"/> Zaburzenia krzepliwości krwi | <input type="checkbox"/> Zaburzenia psychiczne |
| <input type="checkbox"/> Terapia bisfosfonianami | <input type="checkbox"/> Zaburzenia odpowiedzi immunologicznej | <input type="checkbox"/> Uzależnienie od narkotyków/
alkoholu |
| <input type="checkbox"/> Schorzenia wymagające przyjmowania sterydów | <input type="checkbox"/> Cukrzyca | <input type="checkbox"/> Kserostomia |
| <input type="checkbox"/> Chemioterapia zbliżona czasowo z okresem implantacji | <input type="checkbox"/> Nieuregulowane zaburzenia hormonalne | Osoba paląca: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

Inne mogące mieć znaczenie schorzenia miejscowe lub ogólnoustrojowe: _____

Alergie: _____ Brak istotnych szczegółów

4. INFORMACJE (wypełnić tylko w przypadku zwrotu implantów)

- Wprowadzenie ręczne Wprowadzenie maszynowe

Komentarz

(wypełnij drukowanymi literami): _____

Jeżeli implant został wprowadzony i usunięty tego samego dnia, czy zabieg wprowadzenia innego implantu zakończył się sukcesem? Tak Nie

Opis sytuacji w trakcie zabiegu:

- | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Choroba przyzębia | Jakość kości | <input type="checkbox"/> Type I | <input type="checkbox"/> Type II | <input type="checkbox"/> Type III | <input type="checkbox"/> Type IV |
| <input type="checkbox"/> Choroba błony śluzowej | Czy zastosowano gwintownik? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | | |
| <input type="checkbox"/> Miejscowa infekcja/ podostre, przewlekłe zapalenie kości | Czy uzyskano stabilizację pierwotną? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | | |
| <input type="checkbox"/> Komplikacje w miejscu preparacji | Czy uzyskano osteointegrację implantu? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | | |
| Jakie: _____ | Czy cała powierzchnia implantu była pokryta kością? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | | |

Czy podczas zabiegu dokonano augmentacji?

Nie Zatoka Wrostek zębodołowy Zastosowany materiał: _____

Czy została zastosowana membrana zaporowa?

Nie Tak Resorbowalna Nieresorbowalna Zastosowany materiał: _____

5. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA (wypełnić tylko w przypadku zwrotu implantów)

Higiena w okolicy implantu: Doskonala Dobra Slaba Zla

Czy któreś z wymienionych okoliczności wpłótwarzyśy w zdarzeniu?

<input type="checkbox"/> Uraz/Wypadek	<input type="checkbox"/> Łoże implantacji o zmniejszonym wymiarze	<input type="checkbox"/> Poprzedzająca/jednoczesna augmentacja kości
<input type="checkbox"/> Przeciężenie biomechaniczne	<input type="checkbox"/> Przegrzanie kości	<input type="checkbox"/> Resorpcja kości
<input type="checkbox"/> Bruksizm	<input type="checkbox"/> Naruszenie nerwu	<input type="checkbox"/> Perimplantitis
<input type="checkbox"/> Złamanie implantu	<input type="checkbox"/> Perforcja błony śluzowej zatoki	<input type="checkbox"/> Infekcja
<input type="checkbox"/> Nieodpowiednia jakośc/ilość kości	<input type="checkbox"/> Implantacja natychmiastowa	

Inne (proszę wypelnić drukowanymi literami): _____

W momencie utraty implantu występowały (zaznacz wszystkie poprawne):

<input type="checkbox"/> Ból	<input type="checkbox"/> Obrzęk	<input type="checkbox"/> Krwawienie	<input type="checkbox"/> Ruchomość
<input type="checkbox"/> Odętwienie	<input type="checkbox"/> Przetoka ropna	<input type="checkbox"/> Stan zapalny	Inne: _____
<input type="checkbox"/> Nadwrażliwość	<input type="checkbox"/> Ropień	<input type="checkbox"/> Asymptomatyczny	

Czy zostało założone uzupełnienie protetyczne? Tak Nie **Jeśli tak, proszę o wypełnienie działu 6.**

Proszę opisać, dlaczego Państwa zdaniem doszło do utraty implantu (proszę wypelnić drukowanymi literami): _____

6. INFORMACJE DOTYCZĄCE ODBUDOWY PROTETYCZNEJ

(wypełnić tylko w przypadku zwrotu łączników i uzupełnień protetycznych)

Model roboczy Osadzanie W trakcie użytkowania

Rodzaj odbudowy: Korona Most Ruchome uzupełnienie częściowe: łuk górny łuk dolny Ruchome uzupełnienie całkowite: łuk górny łuk dolny

Data przykręcenia łącznika: _____ (dd/mm/rrr) Data usunięcia łącznika: _____ (dd/mm/rrr)

Czy użyto raczetę z torkiem MONO? Tak Nie Nie wiadomo Zastosowany moment obrotowy: _____ Ncm

Data osadzenia odbudowy _____ (dd/mm/rrr) Data osadzenia odbudowy ostatecznej? _____ (dd/mm/rrr)

Czy odbyła się wizyta kontrolna? Tak Nie

Opis zdarzenia (proszę wypelnić drukowanymi literami): _____

7. NARZĘDZIA (wypełnić tylko w przypadku zwrotu narzędzi)

Zastosowane wiertła: wiertło stalowe wiertło ceramiczne VECTODrill VECTODrill

<input type="checkbox"/> Inne	Jakie: _____	<input type="checkbox"/> Pierwsze użycie	<input type="checkbox"/> 2-5 x	<input type="checkbox"/> 6-10 x	<input type="checkbox"/> 10-20 x	<input type="checkbox"/> Ponad 20 x
Przybliżona liczba wczesniejszych zastosowań (dołyczy wyjącznie instrumentów tnących):		<input type="checkbox"/> Ultradźwiękowa	<input type="checkbox"/> Termodezynfekcja	Inna: _____		
Zastosowana metoda oczyszczania:		<input type="checkbox"/> Sterylizacja gorącym powietrzem	<input type="checkbox"/> Sterylizacja chemiczna			
metoda sterylizacji:		<input type="checkbox"/> Autoklaw				

Krótki opis zdarzenia (proszę wypelnić drukowanymi literami): _____

Prosimy o dostarczenie kwestionariusza, wysterylizowanego produktu oraz odpowiednich zdjęć radiologicznych do dystrybutora.

Podczas zwrotu umieść produkty w usztywnionym pojemniku - zaniechanie tego skutkować może ich zagubieniem podczas transportu oraz unieważnieniem programu gwarancyjnego. Wszystkie produkty poddaj sterylizacji (bez oczyszczania) i opisz jako sterylne. W oparciu o Warunki Gwarancyjne Thommen Medical, prosimy o rozważenie wymiany wymienionych powyżej produktów.

Podpis lekarza: _____

Data: _____