

Formularz reklamacyjny



Zgodnie z opisem w punkcie 8 gwarancji Thommen Medical (patrz wersja angielska) należy przestrzegać wszystkich obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz poddać wszystkie dane pacjentów anonimizacji. Dla każdego pacjenta należy stosować numer identyfikacyjny pacjenta, który nie pozwala na określenie danych pacjenta.

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.	Nr LOT	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

☐ Napromieniowanie okolic głowy i szyi	☐ Zaburzenia krzepliwości krwi	☐ Zaburzenia psychiczne
☐ Terapia bisfosfonianami	☐ Zaburzenia odpowiedzi immunologicznej	☐ Uzależnienie od narkotyków/ alkoholu
☐ Schorzenia wymagające przyjmowania sterydów	☐ Cukrzyca	☐ Kserostomia
☐ Chemioterapia zbliżona czasowo z okresem implantacji	☐ Nieuregulowane zaburzenia hormonalne	Osoba paląca: ☐ Tak ☐ 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:

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

Czy podczas zabiegu dokonano augmentacji?

☐ Nie	☐ Zatoka	☐ Wyrostek 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: ☐ Doskonała ☐ Dobra ☐ Staba ☐ Zła

Czy któreś z wymienionych okoliczności współtowarzyszyły w zdarzeniu?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Uraz/Wypadek | ☐ Łoże implantacji o zmniejszonym wymiarze | ☐ Poprzedzająca/jednoczesna augmentacja kości |
| ☐ Przeciążenie biomechaniczne | ☐ Przegrzanie kości | ☐ Resorpcja kości |
| ☐ Bruksizm | ☐ Naruszenie nerwu | ☐ Periimplantitis |
| ☐ Złamanie implantu | ☐ Perforacja błony śluzowej zatoki | ☐ Infekcja |
| ☐ Nieodpowiednia jakość/ilość kości | ☐ Implantacja natychmiastowa | |

Inne (proszę wypełnić drukowanymi literami): _____

W momencie utraty implantu występowały (zaznacz wszystkie poprawne):

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Ból | ☐ Obrzęk | ☐ Krwawienie | ☐ Ruchomość |
| ☐ Odrętwienie | ☐ Przetoka ropna | ☐ Stan zapalny | Inne: _____ |
| ☐ Nadwrażliwość | ☐ Ropień | ☐ 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 wypełnić drukowanymi literami): _____

6. INFORMACJE DOTYCZĄCE ODBUDOWY PROTETYCZNEJ

(wypełnić tylko w przypadku zwrotu łączników i uzupełnień protetycznych)

- ☐ Model roboczy ☐ Osadzenie ☐ W trakcie użytkowania

Rodzaj odbudowy: ☐ Korona ☐ Most

Ruchome uzupełnienie częściowe: ☐ tęg górny ☐ tęg dolny
Ruchome uzupełnienie całkowite: ☐ tęg górny ☐ tęg dolny

Data przykręcenia łącznika: ____ / ____ / ____ (dd/mm/rrrr) Data usunięcia łącznika: ____ / ____ / ____ (dd/mm/rrrr)

Czy użyto raczety z torkiem MONO? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiadomo Zastosowany moment obrotowy: ____ Ncm

Data osadzenia odbudowy tymczasowej: ____ / ____ / ____ (dd/mm/rrrr) Data osadzenia odbudowy ostatecznej? ____ / ____ / ____ (dd/mm/rrrr)

Czy odbyła się wizyta kontrolna? ☐ Tak ☐ Nie

Opis zdarzenia (proszę wypełnić drukowanymi literami): _____

7. NARZĘDZIA (wypełnić tylko w przypadku zwrotu narzędzi)

Zastosowane wiertła: ☐ wiertło stalowe VECTOdrill ☐ wiertło ceramiczne VECTOdrill

☐ Inne Jakie: _____

Przybliżona liczba wcześniejszych zastosowań (dotyczy wyłącznie instrumentów tnących): ☐ Pierwsze użycie ☐ 2-5 x ☐ 6-10 x ☐ 10-20 x ☐ Ponad 20 x

Zastosowana metoda oczyszczania: ☐ Manualna ☐ Ultradźwiękowa ☐ Termodezynfekcja Inna: _____

metoda sterylizacji: ☐ Autoklaw ☐ Sterylizacja gorącym powietrzem ☐ Sterylizacja chemiczna

Krótki opis zdarzenia (proszę wypełnić 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: _____