

GARANTIEANTRAGSFORMULAR

KUNDEINFO

Zahnarztpraxis: Zahntechnisches Labor:

Adresse:

Postleitzahl: Land:

Rufnummer (mit Landesvorwahl):

E-mail Adresse:

Kontaktperson:

INFORMATIONEN ZUM IMPLANTAT

Marke/Typ: Plattform:

PRODUKTINFO INFO (Dess Implantat bezüglich)

	DESS Ref. Nr	Dess Serie Nr.	Beschreibung/Implantattyp Größe	Zahnposition (FDI)
1				
2				
3				

DETAILS ZUM PATIENTEN:

Geschlecht: F ☐ M ☐ Andere ☐ Alter:

Datum Implantats: / / Datum Prothese: / /

Datum der Komplikation:

Datum der Implantatentfernung (falls zutreffend):

Haben Sie eine Beschwerde an den Implantathersteller geschickt?

Nein ☐ Ja ☐ Bitte fügen Sie eine Kopie des Antrags und der Antwort bei.

Wenn Ihnen die Garantie des Implantatherstellers verweigert wurde, erläutern Sie bitte die Gründe und fügen Sie verfügbare Dokumente bei.

KLINISCHES PATIENTENPROFIL

Raucher	Unkontrollierter Diabetiker	Bruxer
Chronische Drogenabhängigkeit	Blut Dyskrasie	Osteoporose
Corticosteroid-Therapie	Bedingungen im Zusammenhang mit Alkoholismus	
Sonstige		
Dichte der Knochen:		Unbekannt
Typ I - Überwiegend kortikaler Knochen		
Typ II - Dicke Kortikalis, die den trabekulären Knochen mit hoher Dichte umgibt		
Typ III - Dünne Kortikalis, umgibt trabekulären Knochen mittlerer Dichte		
Typ IV - Dünne Kortikalis, die den trabekulären Knochen niedriger Dichte umgibt		

KOMPLIKATIONSBERICHT

Fit	Fehlfunktionen	Deformation
Fraktur	Aussehen der Oberfläche	Kompatibilität
Externes Trauma	Implantatfraktur nach Belastung	
Sonstige		

Detaillierte Problembeschreibung:

Bitte prüfen Sie, ob die mitgelieferte DESS-Schraube verwendet wurde: Nein ☐ Ja ☐

Verwendeter Treiber: Drehmoment wert [Ncm]:

Produkt Rückgabe

Das reklamierte Produkt und das ausgefallene Implantat müssen zurückgeschickt und zusammen mit einer Kopie des Reklamationsformulars des Implantatherstellers und diesem Dokument zur ordnungsgemäßen Bewertung beigelegt werden. Da die Produkte als biologisches Risiko betrachtet werden können, müssen sie vor dem Versand sterilisiert werden. Das Produkt muss in einem Standardbeutel mit Expositionsindikator autoklaviert werden. Nicht sterilisierte Produkte können ohne Angabe von Gründen zurückgewiesen werden.

Ich bestätige hiermit, dass das Produkt gemäß den allgemeinen Sterilisationsstandards sterilisiert wurde

Unterschrift:

BITTE ZUSÄTZLICHE RÖNTGENBILDER VOR UND NACH DER PROTHETISCHEN BEHANDLUNG BEIFÜGEN

BITTE NICHT FÜLLEN

QS-HINWEISE

AACC#	Einverstanden (Verantwortlicher Techniker):	DATUM: