

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: Doskonała Dobra Słaba Zła

Czy któreś z wymienionych okoliczności współtowarzyszyły 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"/> Przeciążenie biomechaniczne | <input type="checkbox"/> Przegrzanie kości | <input type="checkbox"/> Resorpcja kości |
| <input type="checkbox"/> Bruksizm | <input type="checkbox"/> Naruszenie nerwu | <input type="checkbox"/> Periimplantitis |
| <input type="checkbox"/> Złamanie implantu | <input type="checkbox"/> Perforcja błony śluzowej zatoki | <input type="checkbox"/> Infekcja |
| <input type="checkbox"/> Nieodpowiednia jakość/ilość kości | <input type="checkbox"/> Implantacja natychmiastowa | |

Inne (proszę wypełnić 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"/> Odrętwienie | <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 wypełnić 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/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: _____