

# 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.	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

<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: \_\_\_\_\_