


Formularz reklamacyjny

 Zgodnie z opisem w punkcie 8 gwarancji Thommen Medical (patrz wersja angielska) należy przestrzegać wszystkich obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz podać 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.	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 krzepności 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 Wyrostek zębodotowy

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?

- | | | |
|--|---|--|
| <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"/> Perforacja 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 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: _____