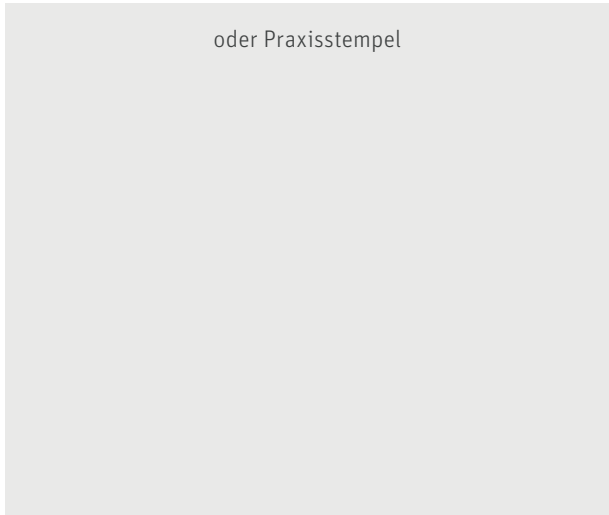


Kundenbeanstandung

Achtung: Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und fügen Sie alle relevanten Röntgenbilder und/oder klinischen Bilder bei. Die betroffenen Produkte müssen zwingend sterilisiert und einzeln verpackt beigelegt werden. Beanstandungen sind innert 3 Monaten nach Explantation mit vollständig ausgefüllten Beanstandungsformular zu melden. Unvollständige oder später eingereichte Reklamationen können aus regulatorischen und gesetzlichen Gründen nicht berücksichtigt werden.

Senden Sie Ihren Verlauf bitte an folgende Adresse oder per E-Mail an:
 CeramTec Schweiz GmbH
 Bodenackerstrasse 5, CH-8957 Spreitenbach
 warranty@zeramex.com

Verlaufsnummer _____
 Wird von CeramTec Schweiz ausgefüllt



Behandler / Labor

Kundennr. _____
 Name _____
 Straße _____
 PLZ / Ort _____
 Ansprechpartner _____
 Tel. _____

Produkt (Implantat, Komponente, Instrument etc.)

*Pflichtfelder

ZERAMEX® XT
 ZERAMEX® P6
 ZERAMEX® P
 ZERAMEX® T
 ZERAMEX® T-Lock

 Artikel-Name* _____ Artikel-Nr.* _____ Lot-Nr.* _____
 ggf. Begleitprodukt _____

Art des Vorfalls

Datum des Vorfalls* _____

- Fehlende Primärstabilität
 Implantatverlust
 Implantatfraktur
 Anderes chirurgisches oder Insertions-Problem (bitte nähere Beschreibung)
 Abutmentfraktur
 Schraubenversagen
 Lockerung
 Passungsproblem
 Instrumentenproblem (bitte nähere Beschreibung)
 Sonstiges (bitte nähere Beschreibung)

Nähere Beschreibung / sonstige Informationen*

Position:

	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	
R	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	L
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Kundenbeanstandung



Patienteninformationen

Bitte beachten Sie: Aus Datenschutzgründen dürfen keine Patientennamen erwähnt werden.

Patienten-Nr.:* _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht M W D

Mundhygiene* gut durchschnittlich schlecht

Knochenqualität* D1 D2 D3 D4

Patientenvorgeschichte Raucher/in Diabetes Melitus Bruxismus Unbekannt
 Alkohol/Drogen- Xerostomie Immunschwäche
missbrauch

Kau- / Beißgewohnheiten _____

Datum der* Implantation* _____ Sofortimplantation* Ja Nein

Eindrehmoment Implantat* _____ Ncm

Explantation* _____ Sofortbelastung* Ja Nein

proth. Versorgung* _____ mit Aufbautyp _____

Phase des Verlustes / Einheilphase Wiedereröffnung vor proth. Belastung nach proth. Belastung
der Explantation*

Einheilung subgingival transgingival

Augmentation* präoperativ zeitgleich mit Impl. keine

Verwendete Materialien _____

Implantatbett- ablativ Gewindeschneider Sonstiges _____
aufbereitung*

Befund der Explantation* Infektion Eigenbeweglichkeit Osteolyse
 okklusale Überlastung grad. Knochenabbau Periimplantitis

Prothetische Versorgung* zementiert Totalprothese rein implantatgetragen abnehmbare Brücke
 festsitzende Brücke festsitzende Teilproth. abnehmbare Teilproth. verschraubt
 Einzelzahnversorgung Anzugsdrehmoment Abutment* _____ Ncm

Anmerkungen _____

Produkt liegt bei sonstige Anlagen _____

Produkt wird nachträglich eingeschendet, weil _____

Produkt wird nicht eingeschendet, weil _____

Gewünschtes Ersatzprodukt _____

Kundenbeanstandung



Bestätigung*

Bevor Sie die Reklamation absenden, bitte bestätigen Sie:

- Das Produkt wurde gemäss der Gebrauchsanweisung (IFU) benutzt.
- Ich habe die Zeramex® Garantiebedingungen gelesen und akzeptiert.
- Ich habe die beanstandeten Produkte sterilisiert (Reinigung ist nicht nötig) und den Schutzbeutel als STERIL markiert.
- Ich habe diesem Formular das/die beanstandete/n Produkt/e und Röntgenbilder beigelegt.

Datum _____

Unterschrift _____