

# Kundenbeanstandung

ZERAMEX

**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 Reklamationen können nicht berücksichtigt werden.

Senden Sie Ihren Verlauf bitte an folgende Adresse oder per E-Mail an:

CeramTec Dentalvertriebs GmbH  
c/o WeDeclare AG  
Gewerbstrasse 17  
DE-79618 Rheinfelden-Herten  
warranty@zeramex.com

Verlaufsnummer \_\_\_\_\_

Wird von CeramTec Schweiz ausgefüllt

oder Praxisstempel

## 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	

# Kundenbeanstandung

ZERAMEX

## 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 \_\_\_\_\_