

Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder. Füllen Sie die anderen Felder entsprechend aus.
Senden Sie ein Formular pro Patient.

Informationen zu Klinik/Labor/Praxis			
Name von Klinik/Praxis/Labor*		Kundennummer*	
Straße		E-Mail-Adresse*	
Stadt		Name der Kontaktpersonen	
Postleitzahl		Telefon	
Land*			

Produktinformationen (Vervollständigen Sie eine Zeile pro Artikel)					
Artikel Nummer*	Name des Artikels	LOT-Nummer*	Datum der ersten Nutzung oder Insertion (DD/MM/YYYY)	Datum des Verlustes/Versagens* (DD/MM/YYYY)	Position des Implantates **

** FDI-Zahnposition, falls zutreffend.

Beschreibung des Ereignisses		
Typ des Ereignisses*	<input type="checkbox"/> Versagen der Osseointegration vor der Restaurierung	<input type="checkbox"/> Osseointegrationsversagen nach der Restaurierung
	<input type="checkbox"/> Implantatfraktur	<input type="checkbox"/> Schraubenbruch
	<input type="checkbox"/> Bruch des Abutments	<input type="checkbox"/> Keine Primärstabilität
	<input type="checkbox"/> Verpackung, Kontamination oder Etikettenproblem	<input type="checkbox"/> Anleitung zur Verwendung
	<input type="checkbox"/> Instrumenten/Zubehör Problem	<input type="checkbox"/> Andere
Beschreibung des Ereignisses*		
Hat das Ereignis zu einem der folgenden Auswirkungen geführt: Tod des Patienten, lebensbedrohliche Krankheit oder permanente Beeinträchtigung einer Körperfunktion?*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat das Artikel das Ereignis verursacht oder dazu beigetragen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde das Implantat mit Original Neoss Prothetik versorgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Art der Prothese?	<input type="checkbox"/> Einzelkrone	<input type="checkbox"/> Brücke (3 oder mehr Glieder)
	<input type="checkbox"/> 14-gliedrige Brücke	<input type="checkbox"/> Deckprothese
Provisorische oder definitive Prothese	<input type="checkbox"/> Temporary	<input type="checkbox"/> Permanent

Informationen über den Patienten				
Mundhygiene	<input type="checkbox"/> Exzellent	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Durchschnittlich	<input type="checkbox"/> Mangelhaft
Krankengeschichte	<input type="checkbox"/> Rauchen	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Parodontitis	<input type="checkbox"/> Osteoporose
	<input type="checkbox"/> Medikamente, die die Heilung beeinflussen	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Bruxismus oder Pressen	

Unterschrift	Datum (DD/MM/YYYY)

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und das Produkt an die lokale Büroadresse zurück, die unter www.neoss.com/support aufgeführt ist.

HINWEIS#01: Bitte sterilisieren Sie ALLE Artikel in einem versiegelten Beutel/Paket, aus dem bei der Rücksendung ein Sterilitätsnachweis hervorgeht. Wenn Sie ein Implantat sterilisieren, nehmen Sie es vor der Sterilisation aus der Glasampulle/dem Glasbehälter! Geben Sie keine Implantate in der Glasampulle/im Glasbehälter zurück.

HINWEIS#02: Bitte verwenden Sie für die Rücksendung von Artikeln einen gepolsterten Beutel, um Schäden zu vermeiden.