

Neoss NCR- Nummer	
----------------------	--

Abschnitt 01

Füllen Sie Abschnitt 1 komplett aus und ergänzen Sie die Abschnitte 2, 3, 4 oder 5
Bitte senden Sie ein Formular pro Patient.

Kundeninformationen (keine Patientendaten einfügen)			
Name		Kundennummer	
Adresse		Telefon	
		Ansprechpartner/in	
Behandler/in		Email	

Produktinformationen (eine Zeile pro Artikel)				
Artikelnummer	LOT-Nummer	Anzahl	Datum der Insertion / des 1. Gebrauchs (DD/MM/YYYY)	Datum der Entfernung (DD/MM/YYYY)

Patienteninformationen				
Mundhygiene	Hervorragend	Gut	Durchschnittlich	Schlecht
Raucher/in	Ja		Nein	
Medizinische Vorgeschichte	Ja		Nein	
Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details an:				

Bitte fügen Sie eine Beschreibung der Komplikation, Sicherheitsbedenken (falls vorhanden) und weitere Informationen hinzu, die relevant sein könnten:		
Fraktur	Ja	Nein

Abschnitt 02

Wenn sie sich auf ein Implantat beziehen, füllen Sie Abschnitt 2 und dann Abschnitt 3 aus (falls zutreffend).

Wurde das Implantat mit Originalprothetik von Neoss oder Prothetik von ARC versorgt?							Ja	Nein			
Wann ist das Problem aufgetreten?	Bei der Operation	Bei der Einheilung			Bei der Exposition	Bei der Belastung	Nach der Versorgung				
Implantatposition	Knochen- qualität	1	2	3	4	Knochen- quantität	A	B	C	D	E
Implantatposition (bei mehreren Verlusten)		1	2	3	4		A	B	C	D	E
Implantatposition (bei mehreren Verlusten)		1	2	3	4		A	B	C	D	E
		1 = kompakt		4 = spongiös		A = sehr gut		E = unzureichend			
Primärstabilität erreicht?		Ja				Nein					

Neoss NCR- Nummer	
----------------------	--

Abschnitt 03

Wenn Sie sich NUR auf die Prothetik beziehen, füllen Sie bitte den folgenden Abschnitt aus.

Art der Versorgung	Einzelkrone	Brücke	Teilprothese	Deckprothese
	provisorisch		endgültig	
Art der Befestigung	verschraubt	zementiert		unbekannt
Ratsche verwendet	Ja	Drehmoment (Ncm)		Nein

Abschnitt 04

Wenn Sie sich auf ein Instrument beziehen, füllen Sie bitte **NUR** den folgenden Abschnitt aus.

Anzahl der Verwendungen	0-1	2-10	10+
-------------------------	-----	------	-----

Abschnitt 05

Wenn Sie sich auf eine Membrane beziehen, füllen Sie bitte **NUR** den folgenden Abschnitt aus.

Art der Befestigung	Schrauben	Pins
---------------------	-----------	------

Abschnitt 06

Bitte senden Sie die Seiten 1 und 2 des ausgefüllten Formulars und das Produkt an die lokale Büroadresse, die unter www.neoss.com/support aufgeführt ist.

HINWEIS 01: Bitte sterilisieren Sie **ALLE** Artikel in einem versiegelten Beutel / einer versiegelten Packung. Wenn Sie ein Implantat sterilisieren, entfernen Sie es vor der Sterilisation aus der Glasampulle / dem Glasbehälter! Bitte senden Sie kein Implantat in der Glasampulle / Glasbehälter zurück. Bitte versehen Sie die Packung mit Sterilitätsnachweis!

HINWEIS 02: Bitte verwenden Sie **immer einen wattierten Umschlag**, um Beschädigungen zu vermeiden. Und senden Sie ihn bitte an: Neoss GmbH, CEC Complaint, Im Mediapark 5b, 50670 Köln.

Unterschrift	Datum (DD/MM/YYYY)

Neoss Internal Use Only / Nur Neoss intern

Identified Adverse event	Yes	No
--------------------------	-----	----

Warranty Request		Customer Complaint	
Within Neoss Warranty program?	Yes	No	Warranty program assessment performed within complaint handling process.
Signature	Date (DD/MM/YYYY)		