

Neoss NCR-number	
------------------	--

Del 1

Vänligen ange så mycket information som möjligt för att stärka vår utvärdering av ditt anspråk och för att kunna utreda komplikationerna. Använd ett nytt formulär för varje anspråk eller komplikationsrapport.

Klinik / Information kund			
Namn		Kundnummer	
Adress (Gata, Stad, Land)		Telefon	
		Kontaktperson	
Klinikens namn		Email kontakt	

Produkt information (Fyll i en rad per artikel)				
Artikel nr	Lot nr	Antal	Datum för första användning/ Installationsdatum (DD/MM/YYYY)	Datum när problem uppstod/avlägsnande (DD/MM/YYYY)

Patient data				
Oral hygien	Utmärkt	God	Genomsnittlig	Dålig
Rökare	Ja		Nej	
Relevant anamnes	Ja		Nej	
Om ja, ge ytterligare information nedan:				

Lägg till beskrivning av komplikation, ev. patientrisker och ev. ytterligare information som kan vara relevant?		
Har produkten frakturerat?	Ja	Nej

Del 2

Om det är relaterat till ett implantat, fyll i del 2 och sedan del 3 (om tillämpligt).

Användes implantatet tillsammans med Neoss original- eller ARC-protetik?							Ja	Nej			
När uppstod problemet?	Under operation	Under inläkning			Vid exponering	Vid belastning	Efter utlämnande av krona/bro				
Implantat position	Benkvalitet	1	2	3	4	Benkvantitet	A	B	C	D	E
Implantat position (om mer än ett implantat)		1	2	3	4		A	B	C	D	E
Implantat position (om mer än ett implantat)		1	2	3	4		A	B	C	D	E
		1= Hårt			4= Mjukt		A= Mest		E= Minst		
Primär stabilitet uppnådd?	Ja					Nej					

Neoss NCR-number	
------------------	--

Del 3

Om det **bara** är relaterat till protetiken, fyll i nedanstående avsnitt.

Protetisk lösning	Singel krona	Partiell bro	Hel bro	Overdenture
	Temporär		Permanent	
	Skruvretinerad	Cementerad	Okänd	
Ratchet användes	Ja	Vridmoment (NCM)	Nej	

Del 4

Om det **bara** är relaterat till instrument, fyll i nedanstående avsnitt.

Använts antal gånger	0-1	2-10	10+
----------------------	-----	------	-----

Del 5

Om det **bara** är relaterat till membran, fyll i nedanstående avsnitt.

Hur sattes det fast	Skruv	Tacks
---------------------	-------	-------

Del 6

Vänligen returnera produkten/produkterna tillsammans med det ifyllda formuläret (sid 1-2) till adressen som anges på: www.neoss.com/support

Del1: Vänligen **sterilisera ALLA produkter i en förseglad påse/förpackning** som vid retur påvisar att sterilisering utförts. Vid sterilisering av ett implantat, avlägsnas det från glasampull / behållare före sterilisering! Returnera inte implantat i glasampullen / behållaren.

Del 2: För att undvika skadat gods använd vadderad påse/förpackning vid returnering.

Undertecknat	Datum (DD/MM/YYYY)

Neoss Internal Use Only

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)		