

Fält markerade med * är obligatoriska, fyll i andra fält efter behov.

Skicka ett formulär per patient.

Klinik/kundinformation			
Klinikens namn*		Kundnummer*	
Gata		E-mailadress*	
Stad		Kontaktnamn	
Postnummer		Telefon	
Land*			

Produktinformation (Fyll i en rad per artikel)					
Artikelnummer *	Artikelnamn	Lotnummer*	Installationsdatum (DD/MM/YYYY)	Datum för avlägsnande * (DD/MM/YYYY)	Implantatposition **

** Tandposition enligt FDI, om tillämpligt.

Händelsebeskrivning		
Händelsetyp *	<input type="checkbox"/> Osseointegrationsfel, före restaurering	<input type="checkbox"/> Osseointegrationsfel, efter restaurering
	<input type="checkbox"/> Implantatfraktur	<input type="checkbox"/> Skruvbrott
	<input type="checkbox"/> Distansfraktur	<input type="checkbox"/> Ingen primär stabilitet
	<input type="checkbox"/> Problem med paket, kontaminering eller etikett	<input type="checkbox"/> Bruksanvisning
	<input type="checkbox"/> Problem med instrument/tillbehör	<input type="checkbox"/> Annat
Beskrivning av komplikation*		
Ledde händelsen till något av följande: Patientdöd, livshotande sjukdom eller permanent försämring av en kroppsfunction?*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har produkten orsakat eller bidragit till händelsen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Återställdes implantatet med Neoss originalprotes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Typ av protetik	<input type="checkbox"/> Singelkrona	<input type="checkbox"/> Partialbro
	<input type="checkbox"/> Helkäke	<input type="checkbox"/> Overdenture
Tillfällig eller permanent protetik	<input type="checkbox"/> Tillfällig	<input type="checkbox"/> Permanent

Patientinformation				
Munhygien	<input type="checkbox"/> Utmärkt	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Genomsnitt	<input type="checkbox"/> Dålig
Medicinsk historia	<input type="checkbox"/> Rökning	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Parodontit	<input type="checkbox"/> Osteoporos
	<input type="checkbox"/> Medicin som påverkar läkningen	<input type="checkbox"/> Strålbehandling	<input type="checkbox"/> Bruxism eller knäppning	

Signatur	Datum (DD/MM/YYYY)

Vänligen returnera det ifyllda formuläret och produkten till den lokala kontorsadressen som anges på: www.neoss.com/support
 OBS#01: Vänligen sterilisera ALLA föremål i en förseglad påse/förpackning som när de returneras visar bevis på sterilitet. Om du steriliserar ett implantat, ta bort från glasampullen/behållaren före sterilisering! Lämna inte tillbaka något implantat i glasampullen/behållaren.

OBS#02: Använd en vadderad påse för att returnera föremål för att undvika skador.