

<b>Neoss NCR- Nummer</b>	
------------------------------	--

## 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			
<b>Name</b>		<b>Kundennummer</b>	
<b>Adresse</b>		<b>Telefon</b>	
		<b>Ansprechpartner/in</b>	
<b>Behandler/in</b>		<b>Email</b>	

Produktinformationen (eine Zeile pro Artikel)				
Artikelnummer	LOT-Nummer	Anzahl	Datum der Insertion	Datum der Entfernung

Patienteninformationen				
<b>Mundhygiene</b>	Hervorragend <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Durchschnittlich <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
<b>Raucher/in</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
<b>Medizinische Vorgeschichte</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
<b>Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details an:</b>				

Bitte fügen Sie eine Beschreibung der Komplikation, Sicherheitsbedenken (falls vorhanden) und weitere Informationen hinzu, die relevant sein könnten:		
<b>Fraktur</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

## Abschnitt 02

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

<b>Wurde das Implantat mit Originalprothetik von Neoss oder Prothetik von ARC versorgt?</b>		Ja <input type="checkbox"/>				Nein <input type="checkbox"/>					
<b>Wann ist das Problem aufgetreten?</b>		Bei der Operation <input type="checkbox"/>		Bei der Einheilung <input type="checkbox"/>		Bei der Exposition <input type="checkbox"/>		Bei der Belastung <input type="checkbox"/>		Nach der Versorgung <input type="checkbox"/>	
<b>Implantatposition</b>		<b>Knochenqualität</b>				<b>Knochenquantität</b>					
		1	2	3	4	A	B	C	D	E	
<b>Implantatposition</b> (bei mehreren Verlusten)		<b>Knochenqualität</b>				<b>Knochenquantität</b>					
		1	2	3	4	A	B	C	D	E	
<b>Implantatposition</b> (bei mehreren Verlusten)		<b>Knochenqualität</b>				<b>Knochenquantität</b>					
		1	2	3	4	A	B	C	D	E	
		1 = kompakt 4 = spongiös				A = sehr gut E = unzureichend					
<b>Primärstabilität erreicht?</b>		Ja <input type="checkbox"/>				Nein <input type="checkbox"/>					

<b>Neoss NCR- Nummer</b>	
------------------------------	--

## Abschnitt 03

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

<b>Art der Versorgung</b>	Einzelkrone <input type="checkbox"/>	Brücke <input type="checkbox"/>	Teilprothese <input type="checkbox"/>	Deckprothese <input type="checkbox"/>
	provisorisch <input type="checkbox"/>		endgültig <input type="checkbox"/>	
<b>Art der Befestigung</b>	verschraubt <input type="checkbox"/>		zementiert <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
<b>Ratsche verwendet</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Drehmoment (Ncm)	Nein <input type="checkbox"/>	

## Abschnitt 04

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

<b>Anzahl der Verwendungen</b>	0-1 <input type="checkbox"/>	2-10 <input type="checkbox"/>	10+ <input type="checkbox"/>
------------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------

## Abschnitt 05

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

<b>Art der Befestigung</b>	Schrauben <input type="checkbox"/>	Pins <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------------	-------------------------------

## 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](http://www.neoss.com/support) aufgeführt ist.

<b>Unterschrift</b>	<b>Datum</b>

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 / dem Glasbehälter zurück.

HINWEIS 02: Bitte verwenden Sie **immer einen wattierten Umschlag**, um Beschädigungen zu vermeiden.

## Neoss Internal Use Only

<b>Warranty Request</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Customer Complaint</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Assign date the complaint/warranty form was received from customer</b>			
<b>Assign date all required information was received</b>			
Has the customer received replacement items and are there any further issues to report?			
<b>Signature</b>		<b>Date</b>	