

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

Sezione #01

Compilare la sezione 1 in TUTTE le sue parti e, a seconda dei casi, le relative sezioni 2, 3, 4 o 5. Inviare un modulo per paziente

Informazioni Studio Medico / Cliente Neoss			
Nome		Codice cliente Neoss	
Indirizzo (Via, Città, Nazione)		Telefono	
		Persona di riferimento	
Nome del Clinico		Contatto Email	

Informazioni sul prodotto (Completare una riga per articolo)				
Codice articolo	Lotto	Quantità	Data iniziale di utilizzo / Data di inserimento	Data di insorgenza del problema / data di rimozione

Informazioni sul Paziente				
Igiene Orale	Eccellente <input type="checkbox"/>	Buona <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>	Scarsa <input type="checkbox"/>
Fumatore	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Storia clinica rilevante	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Se SI fornire ulteriori dettagli sotto:				

Aggiungere una breve descrizione del fallimento, problemi di sicurezza (se pertinenti) e ogni informazione che può essere rilevante		
Frattura	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Sezione #02

Se ci si riferisce ad IMPIANTI completare la sezione 2 e la sezione 3 (ove applicabile)

L'impianto è stato restaurato con protesi originali Neoss o ARC?										Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Quando si è evidenziato il problema?	Durante la chirurgia <input type="checkbox"/>	In fase di guarigione <input type="checkbox"/>			All'esposizione <input type="checkbox"/>			In fase di carico <input type="checkbox"/>			Dopo il restauro <input type="checkbox"/>		
Posizione dell'impianto fallito	Qualità ossea	1	2	3	4	Quantità ossea		A	B	C	D	E	
Posizione dell'impianto fallito (se più impianti)	Qualità ossea	1	2	3	4	Quantità ossea		A	B	C	D	E	
Posizione dell'impianto fallito (se più impianti)	Qualità ossea	1	2	3	4	Quantità ossea		A	B	C	D	E	
		1=Denso 4=Morbido						A= Ottima E= Scarsa					
E' stata raggiunta la stabilità primaria?		Si <input type="checkbox"/>				No <input type="checkbox"/>							

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

Sezione #03

Se ci si riferisce a PROTESI (inclusi per esempio i pilastri), completare SOLO la sezione qui sotto.

Tipo	Corona singola <input type="checkbox"/>	Ponte parziale <input type="checkbox"/>	Ponte Full Arch <input type="checkbox"/>	Over denture <input type="checkbox"/>
	Provvisoria <input type="checkbox"/>		Definitiva <input type="checkbox"/>	
Tipo di lavoro	Avvitato <input type="checkbox"/>	Cementato <input type="checkbox"/>	Sconosciuto <input type="checkbox"/>	
Uso della chiave dinamometrica	Si <input type="checkbox"/>	Coppia (NCM)	No <input type="checkbox"/>	

Sezione #04

Se ci si riferisce a uno STRUMENTO, completare SOLO la sezione qui sotto.

Numero di utilizzi	0-1 <input type="checkbox"/>	2-10 <input type="checkbox"/>	10+ <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Sezione#05

Se ci si riferisce a MEMBRANE, completare SOLO la sezione qui sotto.

Come è stata fissata?	Viti di fissaggio <input type="checkbox"/>	Pin di fissaggio <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------------

Sezione#06

Si prega di restituire il prodotto e le pagine 1 e 2 del modulo compilato all'indirizzo dell'ufficio locale indicato su: www.neoss.com/support

Firma	Data di compilazione

NOTA#01: Si prega di rendere **TUTTI** gli articoli sterili e in una bustina sigillata sulla quale sia ben visibile la prova di sterilizzazione. Se si sterilizzano impianti per favore rimuoverli dalla ampolla di vetro prima della sterilizzazione! Non rendere impianti nell'ampolla di vetro o altri contenitori.

NOTA#02: Si prega di utilizzare buste imbottite per la spedizione degli articoli in modo da evitare danneggiamenti.

Per Uso Interno Neoss

Richiesta Garanzia	<input type="checkbox"/>	Reclamo Cliente	<input type="checkbox"/>
Indicare la data di ricezione del reclamo/garanzia dal Cliente			
Indicare la data nella quale si sono ricevute tutte le informazioni			
Il cliente ha ricevuto articoli sostitutivi e ci sono ulteriori problemi da segnalare?			
Firma		Data	