

<b>Neoss NCR-number</b>	
-------------------------	--

## 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			
<b>Namn</b>		<b>Kundnummer</b>	
<b>Adress</b> (Gata, Stad, Land)		<b>Telefon</b>	
		<b>Kontaktperson</b>	
<b>Klinik namn</b>		<b>Email kontakt</b>	

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

Patient data				
<b>Oral hygien</b>	Utmärkt <input type="checkbox"/>	God <input type="checkbox"/>	Genomsnittlig <input type="checkbox"/>	Dålig <input type="checkbox"/>
<b>Rökare</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
<b>Relevant anamnes</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
<b>Om ja, ge ytterligare information nedan:</b>				

Lägg till beskrivning av komplikation, ev. patientrisker och ev. ytterligare information som kan vara relevant?		
<b>Har produkten frakturerat?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

## 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 <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			
<b>När uppstod problemet?</b>	Under operation <input type="checkbox"/>	Under inläkning <input type="checkbox"/>	Vid exponering <input type="checkbox"/>		Vid belastning <input type="checkbox"/>	Efter utlämnande av krona/bro <input type="checkbox"/>					
<b>Implantat position</b>	<b>Benkvalitet</b>	1	2	3	4	<b>Benkvantitet</b>	A	B	C	D	E
<b>Implantat position</b> (om mer än ett implantat)	<b>Benkvalitet</b>	1	2	3	4	<b>Benkvantitet</b>	A	B	C	D	E
<b>Implantat position</b> (om mer än ett implantat)	<b>Benkvalitet</b>	1	2	3	4	<b>Benkvantitet</b>	A	B	C	D	E
		1= Hårt		4= Mjukt				A= Mest E= Minst			
<b>Primär stabilitet uppnådd?</b>		Ja <input type="checkbox"/>				Nej <input type="checkbox"/>					

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

**Del 3**

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

<b>Protetisk lösning</b>	Singel krona <input type="checkbox"/>	Partiell bro <input type="checkbox"/>	Hel bro <input type="checkbox"/>	Overdenture <input type="checkbox"/>
	Temporär <input type="checkbox"/>		Permanent <input type="checkbox"/>	
	Skruvretinerad <input type="checkbox"/>	Cementerad <input type="checkbox"/>	Okänd <input type="checkbox"/>	
<b>Ratchet användes</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Vridmoment (NCM)	Nej <input type="checkbox"/>	

**Del 4**

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

<b>Använts antal gånger</b>	0-1 <input type="checkbox"/>	2-10 <input type="checkbox"/>	10+ <input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------

**Del 5**

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

<b>Hur sattes det fast</b>	Skruv <input type="checkbox"/>	Tacks <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

**Del 6**

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

Undertecknat	Datum

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.

**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>			
<b>Has the customer received replacement items and are there any further issues to report?</b>			
<b>Signature</b>		<b>Date</b>	