

Neoss NCR-Nummer	
------------------	--

## 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			
Name		Kundennummer	
Adresse		Telefon	
		Ansprechpartner/in	
Behandler/in		Email	

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

Patienteninformationen					
Patienten ID oder Initialen		Geburtsjahr		Geschlecht	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
Mundhygiene	Hervorragend <input type="checkbox"/>		Gut <input type="checkbox"/>	Durchschnittlich <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
Raucher/in	Ja <input type="checkbox"/>			Nein <input type="checkbox"/>	
Medizinische Vorgeschichte	Ja <input type="checkbox"/>			Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details an:					

Bitte fügen Sie eine Beschreibung der Komplikation, Sicherheitsbedenken (falls vorhanden) und weitere Informationen hinzu, die relevant sein könnten:		
Fraktur	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).

Wann ist das Problem aufgetreten?	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"/>						
Implantatposition	<b>Knochenqualität</b>	1	2	3	4	<b>Knochenquantität</b>	A	B	C	D	E
Implantatposition (bei mehreren Verlusten)	<b>Knochenqualität</b>	1	2	3	4	<b>Knochenquantität</b>	A	B	C	D	E
Implantatposition (bei mehreren Verlusten)	<b>Knochenqualität</b>	1	2	3	4	<b>Knochenquantität</b>	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"/>					

Neoss NCR-Nummer	
------------------	--

### 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"/>
----------------------------	------------------------------------	-------------------------------

<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.

**Bitte senden Sie die Seiten 1 und 2 des ausgefüllten Formulars und das Produkt / die Produkte an die auf Seite 3 dieses Formulars angegebene Adresse.**

### 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>	

Location	Address	Contact
Germany & Austria	Neoss GmbH Im Mediapark 5b DE-50670 Köln	Tel +49 221 969801-0 Fax +49 221 969801-99 Email info@neoss.de