

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			
Namn		Kundnummer	
Adress (Gata, Stad, Land)		Telefon	
		Kontaktperson	
Klinik namn		Email kontakt	

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

Patient data					
Patient ID Nummer eller initialer		Födelseår		Kön	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Oral hygien		Utmärkt <input type="checkbox"/>	God <input type="checkbox"/>	Genomsnittlig <input type="checkbox"/>	Dålig <input type="checkbox"/>
Rökare		Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>	
Relevant anamnes		Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>	
Om ja, ge ytterligare information nedan:					

Lägg till beskrivning av komplikation, eventuella patientrisker och eventuell ytterligare information som kan vara relevant?		
Har produkten frakturerat?	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).

När uppstod problemet?	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"/>						
Implantat position	Benkvalitet	1	2	3	4	Benkvantitet	A	B	C	D	E
Implantat position (om mer än ett implantat)	Benkvalitet	1	2	3	4	Benkvantitet	A	B	C	D	E
Implantat position (om mer än ett implantat)	Benkvalitet	1	2	3	4	Benkvantitet	A	B	C	D	E
		1= Hårt	4= Mjukt					A= Mest E= Minst			
Primär stabilitet uppnådd?		Ja <input type="checkbox"/>				Nej <input type="checkbox"/>					

Neoss NCR nummer	
------------------	--

Del 3

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

Protetisk lösning	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"/>	
Ratchet användes	Ja <input type="checkbox"/>	Vridmoment (NCM)	Nej <input type="checkbox"/>	

Del 4

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

Använts antal gånger	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.

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

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.

Vänligen returnera produkten/produkterna tillsammans med det ifyllda formuläret till adressen som anges på sidan 3 i formuläret.

Neoss Internal Use Only

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

Location	Address	Contact
Danmark	Neoss AB Arvid Wallgrens backe 20, SE-413 46 Göteborg	Tel +46 31 88 12 80 Email info@neoss.se
Norge	Neoss AB Arvid Wallgrens backe 20, SE-413 46 Göteborg	Tel +46 31 88 12 80 Email info@neoss.se
Sverige	Neoss AB Arvid Wallgrens backe 20, SE-413 46 Göteborg	Tel +46 31 88 12 80 Email info@neoss.se