

Garantiefragebogen

Kundeninformationen

Name des Arztes: _____ Telefon/Fax: _____
 Strasse: _____ Mail: _____
 Postleitzahl: _____ Ortschaft: _____
 Ort: _____ Kundennummer: _____
 Land: _____ Spezialisierung: _____

Produkteinformationen

Artikel:	LOT/Chargen-Nr:	Datum der Implantation:	Datum der Explantation:	Position/Regio:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Bitte Produkt/e sterilisieren und mitsenden!

Patientenangaben

Patienten-ID: _____
 Alter: _____
 Geschlecht m W

Gesundheitsfaktoren:

- Raucher/In
 Alkohol/Drogenmissbrauch
 Diabetes
 Bruxer
 Eingeschränkte Mundhygiene

andere medizinische Faktoren:

Angaben zur Implantation

Einbringung:

- manuell, Drehmoment: _____ Ncm
 mechanisch, Drehmoment: _____ Ncm

Art der Implantation:

- Sofortimplanation
 verzögerte Sofortimplanation
 Spätimplantation

Knochendefizite:

- horizontal: _____ vertikal: _____
 Augmentation verwendetes Material:
 Sinuslift intern extern
 zeitgleich präoperativ

Knochenqualität:

- D1
 D2
 D3
 D4

Schutzmassnahme, eingesetzt am:

- LZP
 Prothese
 Schutzschiene
 andere:

Röntgenbilder bitte mitsenden!

Garantiefragebogen

Prothetik**Datum provisorische prothetische Versorgung:** _____**Art der Konstruktion:** Brücke LZP Steg/Teleskop Prothese andere:**Datum definitive prothetische Versorgung:** _____**Art der Konstruktion:** Krone Brücke andere:**Röntgenbilder bitte mitsenden!****Vorfall (bitte bei der Rückgabe von Implantaten ausfüllen)****Beschreiben Sie kurz, wie es zum Implantatverlust gekommen ist:****Was war nach Ihrer Einschätzung der Grund für den Verlust?**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peri-implantitis | <input type="checkbox"/> unzureichende Knochenqualität | <input type="checkbox"/> Infektion |
| <input type="checkbox"/> biomechanische Überbelastung | <input type="checkbox"/> Nervenkompression | <input type="checkbox"/> Trauma/Unfall |
| <input type="checkbox"/> Bruxismus | <input type="checkbox"/> anderes: | |

Beim Implantatverlust trat auf:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leichte Entzündungszeichen, leichte Schwellung jedoch keine Blutung | |
| <input type="checkbox"/> Mittlere Entzündungszeichen, Rötung und Schwellung, Blutung beim Sondieren | |
| <input type="checkbox"/> Schwere Entzündungszeichen, starke Rötung und Schwellung, Neigung zu spontaner Blutung | |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Abszess | <input type="checkbox"/> Fistel |
| <input type="checkbox"/> Granulationsgewebe | <input type="checkbox"/> Taubheit |
| <input type="checkbox"/> anderes: | |

Instrumente (bitte bei der Rückgabe von Instrumenten ausfüllen)**Ungefähre Anzahl der Anwendungen:**

- | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> erste Anwendung | <input type="checkbox"/> 2 - 5 | <input type="checkbox"/> 6 - 15 | <input type="checkbox"/> über 15 |
|--|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

Beschreiben Sie den Vorfall:

Auswertung

- Ja, ich wünsche eine persönliche Schadensfallauswertung und möchte einen Termin bei meinem regionalen Ansprechpartner.
- Nein, eine persönliche Auswertung des Schadensfalles mit meinem regionalen Ansprechpartner ist nicht erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Alles dabei?

√ **vollständig ausgefüllter Fallbericht.** Bitte senden Sie uns diesen innert 90 Tagen nach Feststellung des reklamierten Defekts zusammen mit:

√ **Implantat resp. Instrument: sterilisiert** in einer Einschweißfolie

√ **vollständige Röntgendokumentation**

Adresse: Z-Systems GmbH, Bismarckallee 22, 79098 Freiburg

Eine Bearbeitung des Schadensfalls ist nur mit vollständigen Unterlagen und dem retournierten Produkt möglich (siehe Garantiebestimmungen).

Alle Daten werden vertraulich behandelt, die involvierten Personen unterliegen der Schweigepflicht.

z|systems AG

Bittertenstrasse 15 • CH-4702 Oensingen / Switzerland

Phone +41 62 388 69 77 • Fax +41 62 388 69 70 •