

Bitte füllen Sie dieses Formular so ausführlich wie möglich aus. Fügen Sie diesem Formular gegebenenfalls das/die Produkt(e) in sterilem Zustand und alle relevanten Röntgenbilder oder ggf. klinischen Bilder bei.

BITTE BEACHTEN SIE:

- Produktrücksendung innerhalb 30 Tagen nach dem Auftreten des Mangels.
- Das retournierte Produkt muss autoklav sterilisiert (zum Schutz unserer Mitarbeiter/innen), jedoch nicht gereinigt, in einen Schutzbeutel verpackt und mit "steril" markiert sein.
- Nur unterschriebene und vollständig ausgefüllte Gewährleistungsfragebögen werden bearbeitet.
- Pro Tag und Zahn wird nur ein Produkt ersetzt.

AUSZUFÜLLEN DURCH Z-SYSTEMS	
REKLAMATION/ FEEDBACK N°:	
Produkt retourniert und steril?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Reklamation (C) oder Feedback (F)?	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> F
Meldepflichtiger Fall?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Informationen vollständig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Datum:	Unterschrift:

KUNDENINFORMATION

Kundenname: _____ Firma: _____
 Adresse: _____ Ortschaft: _____
 Tel: _____ E-Mail: _____

PATIENTENINFORMATION aus Datenschutzgründen dürfen keine Patientennamen verwendet werden

Patienten-ID: _____ Raucher/in Bruxismus Immunschwäche
 Alter: _____ Alkohol/Drogenmissbrauch Xerostomie Keine signifikanten Befunde
 Geschlecht: m f div. Diabetes Mellitus Unzureichende Mundhygiene Anderes: _____

PRODUKTINFORMATION

REF-Nummer	Lot-Nummer	Implantationsdatum / Explantationsdatum	Position/Regio
_____	_____	_____ / _____	_____
_____	_____	_____ / _____	_____

INFORMATIONEN ZUR IMPLANTATION

Art der Implantation: <input type="radio"/> Sofortimplantation <input type="radio"/> Frühimplantation <input type="radio"/> Spätimplantation <input type="radio"/> keine Angaben	Knochenqualität/-defizite <input type="radio"/> D1 <input type="radio"/> horizontal <input type="radio"/> D2 <input type="radio"/> vertikal <input type="radio"/> D3 <input type="radio"/> keine Angaben <input type="radio"/> D4	Einbringung/Drehmoment: <input type="radio"/> manuell/ _____ Ncm <input type="radio"/> maschinell/ _____ Ncm	Schutzmassnahmen: <input type="radio"/> Langzeitprothese <input type="radio"/> Prothese <input type="radio"/> Schutzschiene <input type="radio"/> andere: _____
Sinuslift <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Augmentation <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Primärstabilität erreicht? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Vollständige Osseointegration erreicht? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

PROTHETIK

Provisorische Versorgung/Datum: _____ Definitive Versorgung/Datum: _____
 Langzeitprothese Krone
 Brücke Brücke
 andere: _____ andere: _____

VORFALL

Was war bzw. könnte der Grund für diesen Vorfall sein? <input type="radio"/> Trauma/Unfall <input type="radio"/> Ungenügende Knochenqualität <input type="radio"/> Periimplantitis <input type="radio"/> Ungenügende Knochenquantität <input type="radio"/> Sinus-Perforation <input type="radio"/> Chipping beim Einbringen <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> Biomechanische Überlastung <input type="radio"/> Implantatbruch <input type="radio"/> Bruxismus <input type="radio"/> Abutmentbruch <input type="radio"/> Knochenaugmentation	Zum Zeitpunkt des Vorfalles/der Explantation: <input type="radio"/> Entzündung <input type="radio"/> Asymptomatisch <input type="radio"/> Mobilität <input type="radio"/> Erhöhte Empfindlichkeit <input type="radio"/> Fistel <input type="radio"/> Taubheit <input type="radio"/> Schwellung <input type="radio"/> Überempfindlichkeit <input type="radio"/> Schmerz <input type="radio"/> Abszess <input type="radio"/> Blutung <input type="radio"/> anderes: bitte unten beschreiben
---	--

Bitte beschreiben Sie das Ereignis: Weshalb ist das Ereignis vorgefallen?

Bevor Sie die Reklamation absenden (bitte ankreuzen wenn gelesen):

Das Produkt wurde gemäss der Gebrauchsanweisung (IFU) benutzt. **Name:** _____
 Hiermit bestätige ich, dass ich die Gewährleistungsbedingungen gelesen habe und akzeptiere.
 Sterilisieren Sie alle Produkte (autoklav), reinigen Sie die Produkte aber nicht, **Datum:** _____ **Unterschrift:** _____
 und markieren Sie den Schutzbeutel als STERIL.
 Füllen Sie dieses Gewährleistungsformular vollständig aus, inkl. Name, Datum und Unterschrift und senden Sie dieses inklusive Röntgenbilder per E-Mail an Quality@zsystems.com.
 Senden Sie das Produkt inklusive ausgefülltem Fragebogen an ihren lokalen Distributor.

KONTAKT

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren lokalen Z-Systems Berater oder den Support: support@zsystems.com.

SCHWEIZ

Z-Systems AG
Werkhofstrasse 5
CH-4702 Oensingen
+41 62 388 69 69

USA

Z-Systems USA, Inc.
PO Box 1319
Middleboro, MA 02346

DEUTSCHLAND

Z-Systems GmbH
Wilhelmstrasse 6
DE-78120 Furtwangen
+49 7723 9144 899