

FORMULARZ REKLAMACJI PRODUKTU IMPLANTOLOGICZNEGO

Warunki przetwarzania reklamacji:

- Formularz należy wypełnić i przesłać maksymalnie do 90 dni od daty zdarzenia. Formularz należy wypełnić wyraźnie, najlepiej WIELKIMI LITERAMI.
- Produkty MUSZĄ zostać zwrócone oczyszczone, odkażone i wysterylizowane.

1. ZGŁASZAJĄCY:

☐ STOMATOLOG ☐ PROTETYK ☐ INNE
 NAZWA PODMIOTU:
 NAZWISKO:
 IMIĘ:
 TELEFON: + / / / / /
 EMAIL:

ADRES:

 KOD POCZTOWY:
 MIEJSCOWOŚĆ:
 KRAJ:

PACJENT:

W celu zachowania anonimowości i poufności przesyłania danych, podaj numer identyfikacyjny pacjenta.
 Implanty Polska sp. z o.o. zobowiązuje się do przestrzegania wymagań Rozporządzenia o Ochronie danych Osobowych (RODO) wprowadzonego 25 maja 2018 r.

ID PACJENTA: ☐ KOBIETA ☐ MĘŻCZYZNA DATA URODZENIA:

- ☐ Brak przeciwwskazań
☐ Osoba paląca
☐ Cukrzyca
☐ Choroby przyzębia
☐ Choroby układu krążenia
☐ Bruksizm

- ☐ Niedawna chemioterapia
☐ Alkohol
☐ Niedostateczna higiena
☐ Mała objętość kości
☐ Niska jakość kości
☐ Infekcja

3. PRODUKT(Y):

Nr referencyjny produktu lub Nr raportu CAD/CAM	Nr seryjny produktu	Data umieszczenia (DD/MM/RR)	Data usunięcia (DD/MM/RR)	Lokalizacja w jamie ustnej	Czy produkty użyto w jamie ustnej (TAK/NIE)

Wypełnić jeśli zastosowano protezę SIMEDA®/CONNECT®	Dane laboratorium		ID Pacjenta	
			Nr zamówienia internetowego	

OGÓLNE INFORMACJE DOTYCZĄCE INCYDENTU
KIEDY WYSTĄPIŁ INCYDENT

- ☐ Podczas otwierania opakowania
☐ Podczas operacji
☐ Podczas pobierania wycisku

- ☐ Podczas przygotowania protezy
 ☐ w laboratorium
 ☐ w gabinecie
☐ Podczas umieszczania protezy
☐ Podczas czyszczenia protezy

Co się wydarzyło? Krótki opis sytuacji i podjętego działania:

5. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O INCYDENCIE (WYPEŁNIA IMPLANTOLOG WSZCZEPIAJĄCY IMPLANT):

5. A. UMIESZCZENIE IMPLANTU

- Gęstość kości: ☐ D1 ☐ D2 ☐ D3 ☐ D4
- Protokół zabiegowy: ☐ Szary ☐ Zielony ☐ Czerwony ☐ Żółty ☐ Biały ☐ Niebieski
- Gwintowanie: ☐ Tak ☐ Nie
- Umieszczenie implantu: ☐ 100% kątnicą
☐ Manualnie
☐ Umieszczenie kątnicą z dokręceniem manualnym
- Moment obrotowy przykręcania: N.cm
- Natychmiastowa implantacja po ekstrakcji: ☐ Tak ☐ Nie
- Operacja: ☐ Faza1 ☐ Faza 2
- Obciążenie: ☐ Natychmiastowe ☐ Wczesne ☐ Odroczone
- Data obciążenia:

5. B. STAN IMPLANTU

- Czy była konieczna ekstrakcja implantu?
☐ Tak ☐ Nie
- Jeśli tak, to czy ekstrakcji dokonano podczas tego samego zabiegu?
☐ Tak ☐ Nie
- Czy podczas pierwotnej procedury skutecznie umieszczono implant zastępczy?
☐ Tak ☐ Nie

6. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O INCYDENCIE (WYPEŁNIA PROTETYK):

DO DOKUMENTACJI ZAŁĄCZYĆ ZANONIMIZOWANE ZDJĘCIE OPG PACJENTA Z ZAŁOŻONYM UZUPEŁNIENIEM PROTETYCZNYM

Implanty Polska sp. z o.o. zobowiązuje się do przestrzegania wymagań Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO) wprowadzonego 25 maja 2018 r.

		Nr referencyjny		Nr referencyjny	
					
Użyte narzędzie	Siła przykręcania	 N.cm		 N.cm	
	Rodzaj użytego klucza implantologicznego	Klucz kulkowy	Klucz heksagonalny	Klucz kulkowy	Klucz heksagonalny
	Klucz manualny	☐	☐	☐	☐
	Raczeta dynamometryczna	☐	☐	☐	☐
	Kątница dynamometryczna	☐	☐	☐	☐
	Z ręki	☐	☐	☐	☐
	Inne (należy sprecyzować)				
	Data kontroli okluzji (DD / MM / RR)				
	Czy przygotowano zestaw naprawczy?	☐ Tak	☐ Nie	Jeśli tak, jaki? Z powodzeniem? ☐ Tak ☐ Nie	
	Praca protetyczna	☐ Tymczasowa ☐ Ostateczna ☐ Pojedyncza ☐ Multi-unit			
Sytuacja po stronie przeciwnej	☐ Ząb naturalny ☐ Brak ☐ Proteza na (liczba) implantów, z materiału/ów:				

7. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O KOMPONENCIE PROTETYCZNYM:

Liczba użyć	☐ 0	☐ < 10	☐ 10-20	☐ > 20
Rodzaj zdarzenie	☐ Defekt	☐ Zmatowienie	☐ Złamanie	
	☐ Inne:			

Data : / /

Podpis Klienta:
(jeśli wypełnia kto inny,
podać nazwisko i stanowisko)