

**Produktreklamation / Product Failure Report**

**1. Informationen zum Behandler**

(Practitioner Information)

Implantologe: (Surgeon Name)	Praxis: (Office)
Anschrift: (Address)	
Telefon: (Phone)	Fax:
Grund der Rücksendung: (Reason of Returning)	

**2. Informationen zum Patient**

(Patient Information)

Patienten Nr.: (Patient ID)	Geschlecht: <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ (Sex)	Alter: (Age)
--------------------------------	--	-----------------

**3. Medizinischer Hintergrund**

(Medical History)

Bruxismus: <input type="checkbox"/> (Bruxism)	Raucher: <input type="checkbox"/> (Tobacco Use)	Alkohol: <input type="checkbox"/> (Alcoholism)	Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> (Hypertension)	Diabetis: <input type="checkbox"/> (Diabetics)
Herzkrank: <input type="checkbox"/> (Cardiac Disease)	Krebs: <input type="checkbox"/> (Cancer)	Andere (bitte vermerken): (Others Please explain)		

**4. Mundhygiene**

(Oral Hygiene)

Gut: <input type="checkbox"/> (Good)	Mäßig: <input type="checkbox"/> (Moderate)	Mangelhaft: <input type="checkbox"/> (Poor)
---	---	--

**5. Knochenqualität**

(Bone Condition)

Gut (D1,D2): <input type="checkbox"/> (Good)	Mäßig (D3): <input type="checkbox"/> (Moderate)	Mangelhaft (D4): <input type="checkbox"/> (Poor)
---	--	---

**6. Chirurgische/implantologische Informationen**

(Surgery Information)

Klassisch 2-Zeitig: <input type="checkbox"/> (Traditional 2 Stage)	1-Zeitig: <input type="checkbox"/> (1 Stage)	Keine Stabilität/Einheilung: <input type="checkbox"/> (Initial implant failure)	
Geschlossene Einheilung: <input type="checkbox"/> (Fixture was placed with primary closure)		Versorgung mit Healing Abutment: <input type="checkbox"/> (Healing Abutment Loaded)	
Prothetische Versorgung: (Prosthetics attachment)	Single: <input type="checkbox"/>	Bridge: <input type="checkbox"/>	Denture: <input type="checkbox"/>
Andere (bitte vermerken): (Other Please explain)			

**7. Augmentation mit Ersatzmaterial:**

(Bone Augmentation Material Use)

Ja: <input type="checkbox"/> (Yes)	Nein: <input type="checkbox"/> (No)
---------------------------------------	--

**8. Infos zum Implantat**

(Operation Spot)

Implantat Position (Zahn) (Implant Location No.)	Implantat Bezeichnung (Fixture Model)	LOT-Nummer (Lot. No.)

**9. Implantat wurde entfernt, weil.....**

(Implant was removed because)

Infektion <input type="checkbox"/> (Infection)	Schmerzen <input type="checkbox"/> (Pain)	Empfindlichkeit <input type="checkbox"/> (Abnormal Sensation)	Knochen Zustand <input type="checkbox"/> (Bone Condition)	Implantat Bruch <input type="checkbox"/> (Implant Fracture)	Falsche Größe <input type="checkbox"/> (Sizing)
Mundhygiene <input type="checkbox"/> (Poor Oral Hygiene)	Gesundheitlicher Einfluss <input type="checkbox"/> (Patient Health Habit)	chir. Trauma <input type="checkbox"/> (Unexpected Surgical Trauma)	Andere (bitte vermerken): (Others Please explain)		

**WICHTIG**

Bei Rücksendung müssen die Implantate steril verpackt sein. Versenden Sie so, dass die Steril-Verpackung beim Transport nicht beschädigt werden kann.