

# REKLAMATIONSFRAGEBOGEN

- Bitte füllen Sie dieses Formular so detailliert wie möglich aus. Fehlende Informationen verzögern die Bearbeitung.
- Bitte liefern Sie das/die explantierte(n) Produkt(e) in sterilisiertem Zustand mit.

A. Kundeninformation	
Name der Praxis/Klinik	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer
Implantierender Arzt	
Land	
B. Produktinformationen	
Produkttyp	<input type="radio"/> Implantat <input type="radio"/> Prothetik <input type="radio"/> Instrument
Artikelnummer	
Chargennummer (LOT)	
Rücksendung des Artikels	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
C. Patientinformationen	
Patienten-ID	
Alter	<input type="radio"/> <20 <input type="radio"/> 20-50 <input type="radio"/> 50-70 <input type="radio"/> >70
Knochentyp	<input type="radio"/> T1 <input type="radio"/> T2 <input type="radio"/> T3 <input type="radio"/> T4
Zahn-Nr.	
Gesundheitszustand vor der Behandlung	<input type="radio"/> Raucher <input type="radio"/> Bruxismus <input type="radio"/> Diabetiker <input type="radio"/> Keine wesentlichen Befunde <input type="radio"/> Andere _____
D. Informationen zur Operation	
Datum der Implantation	__/__/____
Datum der prothetischen Versorgung	__/__/____
Informationen zum Eingriff	<input type="radio"/> Verwendete originale TRI® Instrumente <input type="radio"/> Instrumente vor Verwendung gereinigt, desinfiziert und sterilisiert <input type="radio"/> Eingesetztes Knochenaugmentationsverfahren <input type="radio"/> Andere _____
E. Informationen zum Vorfall	
Datum des Vorfalls	__/__/____
Oralhygienische Situation an der Implantatstelle	<input type="radio"/> Hervorragend <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> Durchschnittlich <input type="radio"/> Mangelhaft
Patientensymptome	<input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> Schwellung <input type="radio"/> Dehiszenz <input type="radio"/> Knochenverlust <input type="radio"/> Nervenverletzung <input type="radio"/> Andere _____
Beschreibung des Ereignisses	<input type="radio"/> Keine Primärstabilität <input type="radio"/> Keine Osseointegration <input type="radio"/> Mechanische Fehlfunktion des Produkts <input type="radio"/> Probleme bei der Handhabung <input type="radio"/> Andere _____  <b>Beschreiben Sie, weshalb es Ihrer Meinung nach zum Implantatverlust kam bzw. Weshalb das Implantat entfernt werden musste</b> _____ _____ _____  Konnte der Patient erfolgreich einer Neubehandlung unterzogen werden: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
F. Informationen zum Vorfall	
Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular mit dem/den explantierten Produkt(en) sterilisiert an:	
<b>TRI® Dental Implants</b> z. H.: <b>Complaint Handling</b> Merzhauserstraße 183 79100 Freiburg Deutschland	<b>Fragen</b> E-Mail: <a href="mailto:complaints@tri-implants.swiss">complaints@tri-implants.swiss</a> Fax: +41 32 510 1601 Telefon: 00800 3313 3313
TRI® Dental Implants wird Ihre Reklamation nach Erhalt prüfen und Ihnen anschließend Rückmeldung geben. Sobald wir über alle erforderlichen Informationen verfügen, kann/können zeitnah (ein) Ersatzprodukt(e) bereitgestellt werden.	
G. Datum & Unterschrift	