Das Formular muss mit allen nötigen Informationen und Einzelheiten ausgefüllt und der Unterschrift und Stempel des Kunden versehen werden.

Der Kunde muss für pro Reklamationsfall ein Formular erstellen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Die mit (**\***) gekennzeichnete Informationen sind Pflichtangaben (oder- Felder) , sofern sie auf den klinischen Fall zutreffen.**

**Kundeninformation**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Name: | | |  | | | | | | | | |
| Adresse: | | | | |  | | | | | | |
| Nr. |  | | | | | Adresszusatz: | |  | | | |
| PLZ: | |  | | | | | Stadt: | |  | | |
| Land: | | | |  | | | | | | Telefon: |  |
| E-mail: | | |  | | | | | | | | |

**PRODUKT INFORMATIONEN ( bitte alle betroffenen NUVO Produkte angeben)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Artikel Nummer | Produktname | \* Los /Seriennummer | | | | Menge |
|  |  | Nein |  | Ja, welche ? |  |  |
|  |  | Nein |  | Ja, welche? |  |  |

Wurden die Produkte in Ihrem Name gekauft oder von einer andere Person/ Klinik?

|  |
| --- |
|  |

**Reklamations ABSCHLUSS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Möchten sie einen Reklamationsbericht ? | Ja |  | Nein |  | |
| Möchten sie den gleichen Artikel als Ersatz? | Ja |  | Nein |  | Welche? | |  | |
| Ist die Lieferadresse die oben erwähnte? | Ja |  | Nein |  | Welche? | |  | |
|  | | | | | | | |

\* **INFORMATIONEN ZUM VORFALL**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* **PROBLEM** | | | | | | | | |
|  | Osseointegration Mangel | |  | Klemmt |  | Unbrauchbares Produkt |  | Implant Entfernung | |
|  | Mangel am Produkt | |  | Deformation |  | Verschlucken |  | Tod Fälschung | |
|  | Fehlende Primärstabilität | |  | Bruch |  | Handling |  | Allergie | |
|  | Andere |  | | | | | | |

**INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patienten ID: |  | | | | | | | |
| Geburtsdatum: |  | Geschlecht: | Weiblich |  | Männlich |  | Gewicht: |  |

Bereich mit X markieren wo das Implantat eingesetzt wurde:

 

Zahl Schema



**8**

**11**

**7**

**12**

**6**

**13**

**5**

**14**

**1**

**18**

**2**

**17**

**16**

**28**

**15**

**27**

**14**

**26**

**12**

**24**

**11**

**23**

**1**

**18**

**10**

**22**

**22**

**13**

**25**

**9**

**21**

**4**

**15**

**3**

**16**

**2**

**17**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**42**

**26**

**32**

**23**

**41**

**25**

**31**

**24**

 

**45**

**29**

**35**

**20**

**34**

**21**

**33**

**22**

**36**

**19**

**48**

**32**

**47**

**31**

**46**

**30**

**44**

**28**

**43**

**27**

**37**

**18**

**38**

**17**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Eingesetzt am: | |  | | | | (TT/MM/JJJJ) | | | | | | | | | |
| \* Entfernt am: |  | | | | | (TT/MM/JJJJ) | | | | | | | | | \* Sekundärteil | | | | | | | | |  | | | | | | | | (TT/MM/JJJJ) | | | | |
| \* Implantat Entfernung wegen Abutment / Instrument Problem? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | | | |  | | | Nein | | |  |
| \* Wurde ein anderes Implantat direkt gesetzt nach der Entfernung? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | | | |  | | | Nein | | |  |
| Wie hoch war das Drehmoment : | | | Manual | | | |  | | Ratsche | | | | |  | | | | | |  |  | | | | | | N.cm | | | | | | | |
| Knochenqualität: Knochentyp | | | I |  | | | | II | | |  | | III | | | | |  | | | | IV | | |  | | |
| Sofortimplantation nach Zahnentfernung? | | | | | Nein | | | | |  | | Ja | | | | |  | | Wenn ja, kam es zur Infektion | | | | | | | | | | | | Ja | |  | Nein | |  | |

Wie war die Reihenfolge der eingesetzten Bohrer? Markieren Sie mit X:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Initial** | | **Conique 2.0** | | **Conique 3.5** | | **Conique 3.5 +** | **Countersink 3.3** | | **Conique 3.75** | | **Conique 3.75 +** |
|  | | **R** |  | **R** |  |  |  | | **R** |  |  |
| **C** |  | **C** |  | **C** |  |
| **L** |  | **L** |  | **L** |  |
| **Conique 4.3** | | **Conique 4.3 +** | | **Conique 4.3 +** | | **Countersink 4.1** | **Conique 5.0** | | **Conique 5.0 +** | | **Countersink 5.0** |
| **R** |  |  | |  | |  | **R** |  |  | |  |
| **C** |  | **C** |  |
| **L** |  | **L** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kam es zu irgendeiner Art von Fenestration? | | | | | Nein | | |  | | | Ja | |  | | |
| Wurde eine Knochenaugmentation durchgeführt? | | | | | Nein | | |  | | | | Ja |  | | | | Welches Material? | | | |  | | | | |
| \* Information zum eingesetzten Sekundärteil: | | | | Brücke | |  | | | Einzel | | | | |  | | Abgewinkelt | | |  | Gerade | |  | |
| \* Wann wurde es eingesetzt? | Sofort |  | Verzögert | | | |  | | | Datum: | | | | |  | | | (TT/MM/JJJJ) | | | | | Noch nicht | |  | |

**War einer oder mehrere der folgenden Punkte am Vorfall beteiligt:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Diabetes Mellitus | | |  | Ungenügende Knochenqualität |  | Biomechanische Überlastung | |
|  | Mangelhafte Mundhygiene | | |  | Ungenügende Knochenquantität |  | Immundefizienz | |
|  | Chemotherapie | | |  | Sinusperforation |  | Allergie/ Überempfindlichkeiten | |
|  | Okklusales Trauma | | |  | Strahlentherapie (Kopf/Hals) |  | nicht benutzen der Zahnschiene | |
|  | Chirurgisches Trauma | | |  | Überhitzung des Knochens |  | Perimplantitis | |
|  | Entzündung | | |  | Sofortbelastung |  | Xerostomie | |
|  | Raucher | | |  | Bruxismus |  | Alkoholkonsum | |
|  | Medikamente? |  | | | | | |
|  | Weitere Krankheiten? | |  | | | | |
|  | Sonstiges? | |  | | | | |

**Beim Implantat Verlust wurde folgendes festgestellt:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Schmerzen | |  | Fistel |  | Es gab kein Symptom |
|  | Blutungen | |  | Schwellung |  | Es gab keine Kontrolltermine |
| Weiteres | |  | | | | | |

**Wiederverwendbare Produkte:**

**Welches Reinigungsmittel wurde benutzt?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Enzymatisches Spülmittel | | |  | Chlorhexidin 2% | | |  | | Glutaraldehyd |  | Physiologische Kochsalzlösung |
|  | Alkohol 70% |  | Wasserstoffperoxid | | |  | Weiteres: | |  | | | |

**Art der Reinigung?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | per Hand |  | Ultraschall |

**Welches Material wurde während der Reinigung benutzt?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nylonbürsten |  | Multifunktionsschwamm |  | Stahlbürste |  | Stahlschwamm |

**Gab es Schwierigkeiten bei der Anwendung des Instruments?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**ERKLÄRUNG**

Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Informationen der Wahrheit entsprechen und mit der Krankenakte übereinstimmen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | | |
| Unterschrift: | |  | |
| Name des Verantwortlichen : | | |  |

**STERILISIERUNGSERKLÄRUNG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich, |  | , erkläre hiermit, dass die oben erwähnten |

und eingesendeten Produkte für ein technisches Gutachten vorschriftsmäßig sterilisiert wurden.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Art der Sterilisierung | | |  | | Nassdampf (Dampfsterilisation) | | | | | | | | | | |
| Losnummer des Bioindikators (Bacillus stearothermophilus) | | | | | | | | | | |  | | | |
| Resultat des Biondikators | | | | | | |  | Erfolgreich (keine Anzeichen von Wachstum des Bioindikators) | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | NICHT Erfolgreich (Anzeichen von Wachstum des Bioindikators) | | | | | | | |
| Datum der Sterilisierung | |  | | | | | | | | | | | | |
| Model des Sterilisierungsgerät: | | | |  | | | | | Seriennummer: | | |  | |
| Hersteller: |  | | | | | | | | | Fassungsvermögen (Liter): | | |  | |
| Verantwortlicher für die Sterilisation: | | | | | |  | | | | | | | | |
| Unterschrift: |  | | | | | | | | | | | | | |

**ACHTUNG! Bitte beachten sie vor dem Einschicken der Produkte folgenden Information;**

1. Für ein technisches Gutachten müssen die Produkte an eine der folgenden Adressen versandt werden:

* **Produkte, die direkt in einer NUVO Filiale in Brasilien erworben wurden:** senden zu Händen des Kundendienstes (SAC) von NUVO, mit Sitz in Av. Juscelino Kubistchek de Oliveira 3291, CIC/ CEP: 81270-200, Curitiba, Paraná, Brasilien.
* **Produkte, die bei einem autorisierten Distributor/Händler erworben wurden:** direkt an den autorisierten Händler zurückschicken.

2. Das Material muss ordnungsgemäß verpackt werden und an NUVO/ AUTORISIERTER HÄNDLER geschickt werden.

(benutzen sie selbstverschließende Beutel der laminiert ist und für Hochdrucksterilisatoren geeignet ist) Um Kontamination zu vermeiden dürfen unsterile Produkte nicht behandelt und versendet werden.

3. Alle Produkte müssen absolut sauber und sterilisiert an NUVO/AUTORISIERTER HÄNDLER versandt werden. Ergänzende Informationen die zu einer vollständigen Analyse beitragen können sollten wenn möglich mitgeschickt werden.

a) Kopie des Kassenbons vom Kauf des Produktes;

b) Garantieschein;

c) Information zum Fall und des Patienten;

d Röntgenaufnahme, etc.

4. Die zur Überprüfung bereitgestellten Informationen werden vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.

*Anmerkung: für Länder, in denen die Gesetzgebung die Weitergabe von Patientendaten nicht erlaubt, treffen diese Punkte nicht zu*.

Falls sie Fragen haben wenden sie sich bitte an ihren Distributor/Händler oder treten Sie in Kontakt mit dem Kundenservice von NUVO

per email: [sac@nuvoimplants.com](mailto:sac@nuvoimplants.com) (nur für Produkte die in Brasilien erworben wurden) Telefon: 0800 757 0000 (Brazil) und +55 41 2169 4049 (internationalen).