

Beschwerdeformular 1|3

Patent 

Dieses Beschwerdeformular nimmt Bezug auf die Geschäftsbedingungen der Patent™ Lifetime Guarantee (MKT 400) der Zircon Medical Management AG.

1 Kundeninformationen

Firmenstempel

C

Kundennummer

Kontakt / Name

Telefon

Email Adresse

[View this post on Instagram](#) [View on Facebook](#)

[View this post on Instagram](#) [View on Facebook](#)

[View this post on Instagram](#) [View on Facebook](#)

2 Ereignisdatum

Ereignisdatum TT/MM/JJJJ

Für Beschwerden, bei denen das genannte Ereignisdatum mehr als drei Monate zum Datum der Beschwerde zurückliegt, ist die Garantie der Zircon Medical Management AG nicht gültig.

3 Betroffene/s Produkt/e (beanstandet zur Ersetzung)

Artikelnr.	Bezeichnung	Lot Nr.	Menge	Grund der Rücksendung ¹

Restaurationsart? Krone, Brücke...

¹ Gegebenenfalls Kapitel 7 für detailliertere Informationen verwenden

4 Patienteninformationen

Patienten-ID / Ref

Alter

 m w

Land des Wohnsitzes

5 Medizinischer Hintergrund des/der Patienten/in

Krankheiten bekannt?

 Nein Ja (bitte spezifizieren)

Spezielle Behandlungen (Chemotherapie, Radiotherapie...) bekannt?

 Nein Ja (bitte spezifizieren)

Spezielle Medikamente bekannt?

 Nein Ja (bitte spezifizieren)

Parafunktionelles Verhalten bekannt (Bruxismus..)?

 Nein Ja (bitte spezifizieren)

Infektionen bekannt?

 Nein Ja (bitte spezifizieren)
Knochendichte Typ I Typ II Typ III Typ IVKnochenmenge Schlecht Mässig GutMundhygiene Schlecht Mässig GutRaucher Nein Ja

6 Behandlungsinformationen

Wurde die entsprechende Gebrauchsanweisung und das entsprechende Benutzerhandbuch, gültig zum Zeitpunkt der Behandlung, strikt befolgt?

 Nein Ja

Wurde das Patent™ Implant und/oder die Patent™ Prosthetic Component in Kombination mit Produkten anderer Hersteller verwendet?

 Nein Ja (bitte spezifizieren)

Implantationstermin TT/MM/JJJJ

Gewindeschneider verwendet? Nein Ja

Zahnnummer

Sofortimplantation Nein JaArt der Insertion Manuell MotorSofortbelastung Nein JaVersenkbohrer verwendet? Nein JaPrimärstabilität Schlecht Mässig GutSekundärstabilität (Osseointegration) Schlecht Mässig
 Gut

Medikamente zur Vorbehandlung (Antibiotika...) bekannt? Nein Ja (bitte spezifizieren)

Zusätzliche Operation? Nein Ja (bitte spezifizieren)

7 Weitere Informationen zum Vorfall / zur Beschwerde

Bitte beachten Sie, dass das/die betroffene/n Produkt/e ein essentieller Teil zur Beurteilung einer Beschwerde ist/sind und an Zircon Medical Management AG zur Evaluation ausgehändigt werden muss/müssen. Zurückgesandte Produkte werden nur akzeptiert, wenn sie entsprechend sterilisiert und in Beutel verpackt sind, die einen klaren Farbumschlag des Sterilisationsindikators aufweisen. Alternativ zu diesem Indikator sind Sterilisationsprotokolle oder -nachweise ebenso akzeptiert.

Ich bestätige hiermit, das/die Produkt/e sterilisiert und in Beutel verpackt zu haben. Ein klarer Farbumschlag des Farbindikators oder ein Sterilisationsprotokoll/-nachweis ist verfügbar.

Datum

Unterschrift

Unmittelbar nach Ausfüllen dieses Beschwerdeformulars die nachfolgenden Schritte ausführen:

- Das/die betroffene/n, sterilisierte/n Produkt/e (genannt in Kapitel 3) zusammen mit der physischen Originalversion dieses Formulars an folgende Adressen senden:

Versand aus der EU (**ZV3 – Zircon Vision GmbH**, Am Eschengrund 7, 83135 Schechen, Germany)

Versand aus der Schweiz (**Zircon Medical Management AG**, Krähbühlstrasse 58, 8044 Zürich, Switzerland)

