

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

1 Kundeninformationen

Firmenstempel

C					
---	--	--	--	--	--

Kundennummer

Firma

Kontakt / Name

Telefon

Email Adresse

Anschrift

Stadt

Datum / Unterschrift

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

Zahnnummer

Art der Insertion ☐ Manuell ☐ MotorVersenkbohrer verwendet? ☐ Nein ☐ JaSekundärstabilität (Osseointegration) ☐ Schlecht ☐ Mässig ☐ Gut

Gewindeschneider verwendet?

☐

Nein

☐

Ja

Sofortimplantation

☐

Nein

☐

Ja

Sofortbelastung

☐

Nein

☐

Ja

Primärstabilität

☐

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)



ZV3 – Zircon Vision GmbH
Am Eschengrund 7
D-83135 Schechen

Zircon Medical Management AG
Krähbühlstrasse 58
CH-8044 Zürich
info@zircon-medical.com | www.zircon-medical.com