

Dieses Beschwerdeformular nimmt Bezug auf die Geschäftsbedingungen der Patent™ Lifetime Guarantee (MKT 400) der Patent Medical 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 Patent Medical 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 (IFU) und das Benutzerhandbuch, gültig zum Zeitpunkt der Behandlung, strikt befolgt?

☐ Nein☐ Ja

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

☐ Nein☐ Ja (bitte spezifizieren)

Versenkbohrer verwendet? TT/MM/JJJJ

Gewindeschneider verwendet?

☐ Nein☐ Ja

Zahnnummer

Sofortinsertion

☐ Nein☐ JaArt der Insertion ☐ Manuell ☐ Motor

Sofortbelastung

☐ 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 Patent Medical 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:

- Sterilisierte(s) betroffene(s) Produkt(e), aufgeführt in Kapitel 3, zusammen mit dem physischen Original dieses Dokuments müssen an eine der folgenden Adressen gesendet werden:

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

Versand aus der Schweiz (**Patent Medical AG**, Eggstrasse 91, 8803 Rüschlikon, Schweiz)

