

Questo modulo di reclamo si riferisce ai termini e alle condizioni della Garanzia a vita Patent™ (MKT 400) di Zircon Medical Management AG.

## 1 Informazioni dei clienti

Timbro dello studio professionale

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

Numero cliente

Azienda

Contatto / Nome

Telefono

Indirizzo email

Indirizzo

Città

Data / Firma

## 2 Data dell'evento

Data dell'evento GG/MM/AAAA

La garanzia di Zircon Medical Management AG è valida esclusivamente per eventi occorsi al massimo tre mesi prima della data del reclamo.

## 3 Prodotto/i interessato/i (che si ritiene debba/debbero essere sostituito/sostituiti)

Articolo No.	Descrizione	Lotto No.	Qtà.	Motivo del ritorno <sup>1</sup>

Tipo di restauro? Corona, ponte...

<sup>1</sup> Utilizzare il capitolo 7 in caso di informazioni più dettagliate

**4** Informazioni del paziente

ID paziente / Rif.

Età

m

f

Paese di residenza

**5** Storia medica del paziente

Qualche malattia conosciuta?

No

Sì (specificare)

Qualche terapia particolare (chemioterapia, radioterapia...)?

No

Sì (specificare)

Qualche farmaco particolare?

No

Sì (specificare)

Comportamenti parafunzionali (evidenziarli tutti...)?

No

Sì (specificare)

Qualche infezione?

No

Sì (specificare)

Densità ossea  Tipo I  Tipo II  Tipo III  Tipo IVQuantità di ossa  Scarsa  Moderata  BuonaIgiene orale  Scarsa  Moderata  BuonaFumatore  No  Sì**6** Informazioni sul trattamento

Le istruzioni per l'uso (IFU) e il manuale d'uso, validi al momento del trattamento, sono stati rigorosamente seguiti

No

Sì

Sono stati utilizzati l'Impianto Patent™ e/o il Componente Protesico Patent™ in combinazione con prodotti di altre Aziende

No

Sì (specificare)

Data inserimento dell'impianto GG/MM/AAAA

Maschiatore usato?

No

Sì

Dente No.

Inserimento post estrattivo

No

Sì

Tipo di protocollo di inserimento  Manuale  Motore

Carico immediato

No

Sì

Fresa marginale usata?  No  Sì

Stabilità primaria

Scarsa

Moderata

Buona

Stabilità secondaria (osteointegrazione)  Scarsa  Moderata  Buona

Qualche farmaco pre-trattamento (antibiotici...)?  No  Sì (specificare)

Qualche intervento aggiuntivo?  No  Sì (specificare)

## 7 Ulteriori informazioni relative all'evento / reclamo

Si prega di notare che il prodotto o i prodotti in questione sono una parte essenziale della valutazione del reclamo e devono essere consegnati alla Zircon Medical Management AG per essere analizzati. I prodotti restituiti sono accettati solo se sterilizzati e confezionati in buste con un chiaro cambiamento di colore dell'indicatore di sterilizzazione. In alternativa, si accettano anche protocolli di sterilizzazione o registrazioni.

Confermo che il/i prodotto/i è/sono sterilizzato/i e confezionato/i in buste.  
È disponibile un chiaro cambiamento di colore dell'indicatore di sterilizzazione o un protocollo/registro di sterilizzazione.

Data

Firma

### Immediatamente dopo aver compilato questo modulo di reclamo, devono essere eseguiti i seguenti step:

- Il prodotto o i prodotti sterilizzati di cui al capitolo 3 devono essere inviati insieme alla versione cartacea in originale di questo modulo, al seguente indirizzo:

Spedizione dall'UE (**ZV3 – Zircon Vision GmbH**, Am Eschengrund 7, 83135 Schechen, Germany)

Spedizione dalla Svizzera (**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