

Ce formulaire de réclamation fait référence aux conditions générales de la garantie à vie Patent™ (MKT 400) de Zircon Medical Management AG.

1 Informations client

Timbre de l'entreprise

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Numéro de client

l'entreprise

Contact / Nom

Téléphone

Adresse mail

Adresse

Ville

Date / Signature

2 Date de l'événement

Date de l'événement JJ/MM/AAAA

La garantie Zircon Medical Management AG n'est pas valable pour les réclamations dont la date d'événement renvoyée est survenue plus de trois mois avant la date de réclamation.

3 Produit(s) concerné(s) (prétendument remplacé)

| N ° d'article | Description | N ° de lot | Qté. | Raison du retour ¹ |
|---------------|-------------|------------|------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Type de restauration? Couronne, pont...

¹ Utilisez le chapitre 7 en cas d'informations plus détaillées

4 Informations patient

ID / Réf du patient

Age

 m f

Pays de résidence

5 Antécédents médicaux du patientUne maladie connue? Non Oui (précisez)Traitement particulier(chimiothérapie, radiothérapie...)? Non Oui (précisez)Un médicament spécial? Non Oui (précisez)Un comportement parafonctionnel (bruxisme...)? Non Oui (précisez)Une infection? Nein Oui (précisez)Densité osseuse Type I Type II Type III Type IVQuantité osseuse Faible Modérée BonneHygiène bucco-dentaire Faible Modérée BonneFumeur Non Oui**6 Informations sur le traitement**Les instructions d'utilisation (IFU) et le guide de l'utilisateur appropriés, valables au moment du traitement, ont-ils été strictement suivis ? Non OuiL'implant Patent™ et / ou la prothèse Patent™ ont-ils été utilisés en combinaison avec les produits d'autres fabricants ? Non Oui (précisez)

Date du placement JJ/MM/AAAA

Avez-vous utilisé un taraud? Non Oui

N ° de dent

Placement immédiat Non OuiType de protocole d'insertion Manuel MoteurMise en fonction immédiate Non OuiAvez-vous utilisé une fraise de forme? Non OuiStabilité primaire Faible Modérée BonneStabilité secondaire (ostéointégration) Faible Modérée Bonne

Médicaments de prétraitement (antibiotiques...)? Non Oui (précisez)

Chirurgie supplémentaire? Non Oui (précisez)

7 Informations complémentaires relatives à l'événement / à la plainte

Veuillez noter que le(s) produit(s) concerné(s) est/sont une partie essentielle de l'évaluation de la réclamation et doit/doivent être remis à Zircon Medical Management AG pour évaluation. Les produits retournés ne sont acceptés que lorsqu'ils sont stérilisés et emballés dans des sachets avec un changement de couleur clair de l'indicateur de stérilisation. En alternative à cet indicateur, les protocoles ou registres de stérilisation sont également acceptés.

Je confirme que le ou les produits sont stérilisés et emballés dans des sachets. Un changement de couleur clair de l'indicateur de stérilisation ou un protocole / enregistrement de stérilisation est disponible.

Date

Signature

I Immédiatement après avoir rempli ce formulaire de réclamation, les tâches suivantes doivent être effectuées:

- Le ou les produits stérilisés énumérés au chapitre 3 doivent être envoyés avec la version physique originale à l'adresse suivante:

Envoi depuis l'EU (**ZV3 – Zircon Vision GmbH**, Am Eschengrund 7, 83135 Schechen, Germany)

Envoi depuis la Suisse (**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