

Este formulário de reclamação refere-se aos Termos e Condições da garantia vitalícia Patent™ (MKT 400) da Zircon Medical Management AG.

1 Informação de cliente

Carimbo Empresa

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

Número Cliente

Empresa

Nome de contacto

Telefone

Endereço de e-mail

Endereço

Cidade

Data / Assinatura

2 Data de ocorrência

Data de ocorrência DD/MM/AAAA

A garantia da Zircon Medical Management AG garante não é válida para reclamações em que a referida data de ocorrência tenha ocorrido mais de três meses antes da data da reclamação.

3 Produto(s) em causa (para serem possivelmente substituídos)

Número Artigo	Descrição	Número LOT	Qt.	Razão para devolução ¹

Tipo de restauro? Coroa, ponte...

¹ Utilizar Capítulo 7 no caso de desejar fornecer mais detalhes/informações

4 Informação do Paciente

ID Paciente / Ref

Idade

 m f

País de residência

5 História Clínica PacienteAlguma doença conhecida? Não Sim (Especificar)Algum tratamento em específico (quimioterapia, radioterapia...)? Não Sim (Especificar)Alguma Medicação? Não Sim (Especificar)Algum hábito parafuncional (bruxismo...)? Não Sim (Especificar)Alguma infecção? Não Sim (Especificar)Densidade óssea Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IVQuantidade óssea Fraca Moderada BoaOral hygiene Fraca Moderada BoaFumador Não Sim**6** Informação TratamentoAs instruções de utilização e o guia do utilizador, válidos no momento do tratamento, foram rigorosamente seguidos? Não SimO/Os Implante(s) Patent™ e/ou o componente protético Patent™ foram usados em combinação com outros produtos do fabricante? Não Sim (Especificar)

Data colocação do implante DD/MM/AAAA

Fazedor de rosca utilizado? Não Sim

No. do dente

Colocação Imediata Não SimTipo de protocolo de inserção? Manual MotorCarga Imediata Não SimBroca de perfil? Não SimEstabilidade primária Fraca Moderada BoaEstabilidade secundária (osteointegração) Fraca Moderada Boa

Alguma medicação pré tratamento (antibióticos...)? Não Sim (Especificar)

Alguma cirurgia adicional? Não Sim (Especificar)

7 Informação adicional relativa ao evento/reclamação

Por favor notar que o(s) produto(s) em causa é/são uma parte essencial da avaliação da reclamação e necessita ser entregue à Zircon Medical Management AG para avaliação. Os produtos devolvidos só são aceites quando esterilizados em conformidade e embalados em mangas com clara mudança de cor do indicador de esterilização. Em alternativa a este indicador, são também aceites protocolos ou registos de esterilização.

Confirmo que o(s) produto(s) está(ão) esterilizado(s) e embalado(s) em mangas.
É visível uma clara mudança de cor do indicador de esterilização ou um protocolo / registo de esterilização.

Data

Assinatura

Imediatamente após o preenchimento deste formulário de reclamação, devem ser realizadas as seguintes tarefas:

- O(s) produto(s) esterilizado(s) de preocupação enumerados no Capítulo 3 devem ser enviados juntamente com a versão física original do formulário para o seguinte endereço:

Expedição da UE (**ZV3 – Zircon Vision GmbH**, Am Eschengrund 7, 83135 Schechen, Germany)

Expedição da Suíça (**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