

# PRODUKTREKLAMATION

Bitte vollständig ausgefülltes Formular (inkl. Rechnungskopie) und autoklaviertes Produkt zurücksenden.

## Kundeninformation

Name	_____
Kunden-Nr.	_____

## Produktinformation

Produkt-Nr.	_____
LOT-Nr.	_____
Barcode-Nr.	_____

## Reklamation

Artikelbeschreibung	<b>Implantat</b>	<b>Prothetik</b>	<b>Produktebeanstandung</b>
	<input type="checkbox"/> keine Primärstabilität <input type="checkbox"/> keine Osseointegration <input type="checkbox"/> Produktbeanstandung (ausführlich bei Detailinformation erklären)	<input type="checkbox"/> Abutment Bruch <input type="checkbox"/> Schraubenbruch <input type="checkbox"/> Schraubenlockerung <input type="checkbox"/> etc. : _____	<input type="checkbox"/> Einbringpfosten <input type="checkbox"/> Abdeckschraube <input type="checkbox"/> Gingivaformer <input type="checkbox"/> Bohrer <input type="checkbox"/> Instrument <input type="checkbox"/> Verpackung <input type="checkbox"/> etc. : _____
Eindrehmoment	Eindrehmoment Implantat: _____ Ncm Anzugsmoment Abutment /-Schraube: _____ Ncm		
Detailinformationen	_____		

Für weitere Forschungszwecke bitte ausfüllen. (Bitte Röntgenbilder mitschicken.)

## Forschungsinformationen

Patienteninformationen	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Alter : _____	Zahn Regio : _____
	Knochenqualität <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4		
	Versorgung <input type="checkbox"/> Einzelzahn <input type="checkbox"/> Brücke <input type="checkbox"/> Prothesenversorgung		
	Datum der Implantation : _____		

Datum \_\_\_\_\_ Ansprechpartner/ Unterschrift \_\_\_\_\_