

Дата заполнения (Date):

Day Month Year

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Рекламационный имплантат должен быть простерилизован и упакован в крафт-пакет с одной прозрачной стороной.

(прикрепить сюда)

Бланк рекламации (Claim Form)

Бланк рекламации обязателен по каждому обращению о несостоятельности имплантата производства Dentium Co., Ltd. На каждый имплантат заполняется отдельный бланк рекламации. Рекламация принимается, если срок между датой удаления имплантата и датой передачи бланка не превышает 12-ть месяцев (1 год). Но не более 3-х лет с момента реализации. Более поздние обращения не рассматриваются. Срок рассмотрения рекламационного обращения - до 15-ти рабочих дней.

Инструкция по заполнению (Instructions for completion)

- Бланк заполняется разборчиво, печатными буквами. Все соответствующие пункты отмечаются галочками (✓). Пустых полей с выбором быть не должно.
- К бланку прикрепляется оригинальный стикер-наклейка с упаковки имплантата, содержащий штрих код или QR-код, или фотография в высоком разрешении, где чётко видно номер партии.
- К бланку прикладывается простерилизованный имплантат, упакованный в крафт-пакет с одной прозрачной стороной.
- Внизу бланка ставится подпись врача с расшифровкой и печать организации (ЛПУ) и/или личная печать врача (при наличии).

1. Информация об организации и враче (Organization and doctor information)

Ф.И.О. хирурга (Surgeon):

Название организации (Organization name):

Город (City):

Адрес организации (Address):

Телефон (Phone):

E-mail:

2. Информация о пациенте (Patient Information)

Возраст (Age):

--	--

Пол (Sex):

--

М (Male)

--

Ж (Female)

Анамнез (Medical History):

--

Рак (Cancer)

--

Сахарный диабет (Diabetics)

--

Заболевания щитовидной железы (Thyroid Disorders)

--

Бруксизм (Bruxism)

--

Курение (Tobacco Use)

--

Другое (Other):

Гигиена полости рта (Oral Hygiene):

--

Хорошая (Good)

--

Средняя (Moderate)

--

Неудовлетворительная (Poor)

Плотность кости (Bone Condition):

--

D1

--

D2

--

D3

--

D4

3. Информация об операции (Surgery Information)

Дата установки имплантата (Implant Placement Date):

Дата удаления имплантата (Implant Removal Date):

Локализация имплантата (FDI Implant (Tooth) Location):

Стикер имплантата (Implant sticker):

Day Month Year

				2	0		
				2	0		

--	--

место для стикера

Вид операции (Surgery):

☐ Двухэтапная (Traditional 2 stage)

☐ Одноэтапная (One Stage)

☐ Установлена заглушка (Cover screw was placed)

☐ Установлен формирователь десны (Healing Abutment load)

☐ Установлен абатмент (An abutment was placed)

Причина несостоятельности имплантата (Cause of implant failure):

☐ Непредвиденная хирургическая травма (Unexpected surgical trauma)

☐ Прогрессирующая потеря кости (Progressive Bone Loss)

☐ Неудовл. гигиена полости рта (Poor oral hygiene)

☐ Оклюзионная перегрузка (Occlusal Overload)

☐ Заводской дефект имплантата (Factory Implant Defect)

☐ Парестезия (Abnormal Senation)

☐ Разрушение имплантата (Implant Fracture)

☐ Проблема с инструментом (Tool Issue):

☐ Другое (Поясните) Other (Explain):

☐ Перелом абатмента (Abutment Fracture)

☐ Состояния кости (Bone condition)

☐ Остеолизис (Osteolysis)

☐ Периимплантит (Periimplantitis)

☐ Инфекция (Infection)

☐ Подвижность (Mobility)

Подпись (Signature):

Дата (Date):

--	--	--	--	--	--	--	--

М. П.

(ЛПУ или личная
печать врача)

Подписывая данную рекламацию Заявитель заверяет и гарантирует, что им в полной мере соблюдены требования и положения применимого законодательства, в т.ч. о защите персональных данных и врачебной тайне. В установленных законом случаях необходимые согласия от соответствующих субъектов на обработку, хранение и распространение (раскрытие) информации и сведений получены.

Dentium
For Dentists By Dentists