

Bitte füllen Sie dieses Formular so ausführlich wie möglich aus. Fügen Sie diesem Formular gegebenenfalls das/die Produkt(e) in sterilem Zustand und alle relevanten Röntgenbilder bei.

ERSATZBEDINGUNGEN

- Produktrücksendung innert 90 Tagen nach dem Auftreten des Schadensfalls.
- Das Produkt muss steril und in einem Schutzbeutel retourniert werden.
- Pro Tag und Zahn wird nur ein Produkt ersetzt.
- Das Produkt wurde unter Berücksichtigung seines bestimmungsgemässen Verwendung und gemäss aktueller Gebrauchsanweisung verwendet.

AUSZUFÜLLEN DURCH Z-SYSTEMS	
REKLAMATION Nr.:	
Produkt retourniert und steril?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ablaufdatum des Produkts:	
Sind Informationen komplett:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bewertung CCA?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bewertung Produktspezialist?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Datum:	Unterschrift:

Kundeninformation

Kundenname: _____ **Firma:** _____
Adresse: _____ **Ortschaft:** _____
Tel: _____ **E-Mail:** _____

PATIENT INFORMATION aus Datenschutzgründen dürfen keine Patientennamen verwendet werden

Patienten-ID: _____ Raucher/in Bruxismus Eingeschränkte Mundhygiene
Alter: _____ Alkohol/Drogenmissbrauch Xerostomie Keine signifikanten Befunde
Geschlecht: m w Diabetes Immunschwäche anderes: _____

PRODUKTINFORMATION

REF-Nummer	Lot-Nummer	Implantationsdatum / Explantationsdatum	Position/Region
_____	_____	_____/_____ _____/_____	_____

ANGABEN ZUR IMPLANTATION

Art der Implantation: Sofortimplantation verzögerte Sofortimplantation Spätimplantation n/a
Knochenqualität/-defizite: D1 D2 D3 D4 horizontal vertikal n/a
Einbringung/Drehmoment: manuell/_____Ncm mechanisch/_____Ncm
Schutzmassnahmen: Langzeitprothese Prothese Schutzschiene andere: _____
Sinuslift: ja nein **Augmentation** ja nein **Primärstabilität erreicht?** ja nein
Vollständige Osseointegration erreicht? ja nein

PROTHETIK

Provisorische Versorgung/Datum: _____ **Definitive Versorgung/Datum:** _____
 Langzeitprothese Krone
 Brücke Brücke
 andere _____ andere _____

SCHADENSFALL

Was war bzw. könnte der Grund für diesen Vorfall sein?
 Trauma/Unfall Ungenügende Knochenqualität Entzündung Asymptomatisch
 Periimplantitis Ungenügende Knochenquantität Mobilität Erhöhte Empfindlichkeit
 Sinus-Perforation Chipping beim Einbringen Fistel Taubheit
 Infektion Biomechanische Überlastung Schwellung Überempfindlichkeit
 Implantatbruch Bruxismus Schmerz Abszess
 Abutmentbruch Knochenaugmentation Blutung anderes: *bitte unten beschreiben*

Bitte beschreiben Sie das Ereignis:

Bevor Sie die Reklamation absenden:

- Bitte prüfen Sie die Garantiebedingungen..
- Sterilisieren und markieren Sie das Produkt als STERIL.
- Legen Sie diesem Fragebogen das Produkt und die Röntgenbilder bei.

Name: _____
Datum: _____ **Unterschrift:** _____

IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG

1-10
(1=ungenügend, 10=sehr gut)

Werden Sie über neue Produktentwicklungen vollständig und rechtzeitig informiert?

Wie beurteilen Sie die Vollständigkeit und Benutzerfreundlichkeit der Produktdokumentation?

Wie beurteilen Sie die Vollständigkeit und Anwenderfreundlichkeit der Schulungsunterlagen?

Wie bewerten Sie die Produktschulungen der Z-Systems AG insgesamt?

Wie zufrieden sind Sie mit der Beratung und Unterstützung in Problemsituationen?

Wie zufrieden sind Sie mit dem Lieferservice?

Wie zufrieden sind Sie damit, dass Ihre Rückmeldungen berücksichtigt werden?

Kommentar

KONTAKTE

*Bei Fragen wenden Sie sich
bitte an Ihren lokalen
Z-Systems Berater oder den
Support:
support@zsystems.com.*

SWITZERLAND
Z-Systems AG
Werkhofstrasse 5
CH-4702 Oensingen
+41 62 388 69 69

GERMANY
Z-Systems GmbH
Bismarckallee 22
79098 Freiburg
+49 761 217 732 10

USA
Z-Systems USA, Inc.
PO Box 1319
Middleboro, MA 02346
+1 (781) 754 65 66

DIE GARANTIEFÄLLE SIND AN IHRE LOKALE Z-SYSTEMS FIRMA ZU SENDEN (siehe oben)!