

QUESTIONNAIRE DE GARANTIE

Veillez remplir ce formulaire de manière aussi complète que possible et joindre, si nécessaire, avec ce formulaire le(s) le(s) produit(s) après qu'il(s) ait (aient) été stérilisé(s), ainsi que toutes les radiographies importantes.

CONDITIONS DE REMPLACEMENT

- Retour du produits dans les 90 jours après le sinistre.
- Le produit doit être retourné stérilisé dans un sachet de protection.
- Un seul produit par jour et par dent peut être remplacé.
- Le produit a été utilisé en tenant compte de l'usage pour lequel il est prévu et selon le mode d'emploi actuel.

À REMPLIR PAR Z-SYSTEMS	
RECLAMATION Nr.:	
Produit retourné et stérile?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Date de péremption du produit:	
Les informations sont-elles complètes?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Evaluation CCA?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Evaluation du spécialiste pour le produit?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Date:	Signature:

INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Nom du client: _____ **Entreprise:** _____
Adresse: _____ **Localité:** _____
Tél: _____ **E-mail:** _____

INFORMATIONS SUR LE PATIENT *Pour des raisons de protection des données, le nom du patient ne doit pas être mentionné*

Patienten-ID: _____ Fumeur/fumeuse Bruxisme Mauvaise hygiène buccale
Âge: _____ Abus d'alcool ou de drogues Bouche sèche Pas de constat significatif
Sexe: m f Diabétique Immunodéficiência autres: _____

INFORMATIONS SUR LE PRODUIT

Numéro de référence	Numéro de lot	Date d'implantation / Date d'explantation	Position/region
_____	_____	_____ / _____	_____
_____	_____	_____ / _____	_____

INFORMATIONS SUR L'IMPLANTATION

Type d'implantation: Implantation immédiate Implantation immédiate reportée Implantation différée n/a
Qualité d'os/défaut osseux: D1 D2 D3 D4 horizontal vertical n/a
Mode d'insertion/couple: manuel / _____ Ncm mécanique / _____ Ncm
Mesures de protection: Prothèse de longue durée Prothèse Attelle de protection autres: _____
Élévation du sinus: oui non **Augmentation** oui non
Stabilité primaire atteinte? oui non
Ostéo-intégration entièrement atteinte? oui non

INFORMATIONS SUR LA PROTHÈSE

Pose provisoire/date: _____ **Pose définitive/date:** _____
 Restauration provisoire à long terme Couronne
 Bridge Bridge
 autre _____ autre _____

SINISTRE

Quelle est (ou serait) la cause de ce sinistre?
 Traumatisme/accident Qualité osseuse insuffisante
 Péri-implantite Quantité osseuse insuffisante
 Perforation du sinus Chipping pendant l'insertion
 Infection Surcharge biomécanique
 Rupture de l'implant Bruxisme
 Rupture de l'abutment Augmentation osseuse

Au moment de l'événement/de l'explantation:
 Inflammation Asymptomatique
 Mobilité Sensibilité accrue
 Fistule Surdité
 Gonflement Hypersensibilité
 Douleur Abcès
 Saignement Autre: *Veillez écrire ci-dessous*

Veillez décrire ce qui s'est passé:

Avant d'envoyer la réclamation:

- Veuillez examiner les conditions de garantie.
- Stérilisez le produit et marquez-le comme STERILE.
- Ajoutez avec ce questionnaire le produit et les radiographies.

Nom: _____

Date: _____ **Signature:** _____

VOTRE AVIS NOUS EST IMPORTANT

1-10
(1=insuffisant, 10=très bien)

Etes-vous informé de manière complète et à temps au sujet du développement des nouveaux produits?

Que pensez-vous de l'exhaustivité et de la facilité d'utilisation des documents sur les produits?

Que pensez-vous de l'exhaustivité et de la facilité d'utilisation des documents de formation?

Comment évaluez-vous la formation au produit de Z-Systems en général?

Quel est votre satisfaction concernant l'assistance et les conseils lors de situations problématiques?

Quelle est votre satisfaction avec le service de livraison?

Quelle est votre satisfaction de savoir que vos feedback sont pris en considération?

Commentaire

CONTACTS

*Si vous avez des questions,
veuillez contacter le représentant
local ou l'équipe d'assistance de
Z-Systems.
support@zsystems.com.*

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

ALLEMAGNE
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

LES RECLAMATIONS DE GARANTIE SONT À ENVOYER À LA FILIALE LOCALE DE Z-SYSTEMS (voir en haut)!