

Reklamationsformular

Implantologie – Chirurgie, Prothetik und Instrumente

Kundeninformation

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Kundennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-Mail
<input type="text"/>	
Anschrift	

ACHTUNG

Produkt(e) immer autoklaviert (und „steril“ gekennzeichnet) bzw. desinfiziert zusammen mit ausgefülltem Reklamationsformular und Röntgenaufnahmen/Bildern (wie zutreffend) einsenden.
Wir empfehlen die Verwendung einer stabilen, transportsicheren Verpackung.

Produktinformationen (zwingend notwendig)

Regio	Art.-Nr.- (REF)	LOT-Nr.	Eingesetzt am (TT.MM.JJJJ)	Entfernt/ereignet am (TT.MM.JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patienteninformation

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Patienten-ID*	Geburtsjahr		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Allgemeinerkrankungen	Medikamenteneinnahme		
<input type="checkbox"/> Metabolische Erkrankung (z. B. Diabetes, Schilddrüsendysfunktion, Nieren- oder Leberleiden)	<input type="checkbox"/> Knochen- Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/> Langzeit-Kortisontherapie (bei zahnärztlicher Anwendung)	<input type="checkbox"/> Drogen- oder Alkoholmissbrauch
<input type="checkbox"/> Parodontalerkrankung	<input type="checkbox"/> Xerostomie	<input type="checkbox"/> Bruxismus	<input type="checkbox"/> Raucher
<input type="checkbox"/> Eingeschränkte Immunologie	<input type="checkbox"/> Kompromittierte Immunresistenz	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie im Kopf-/Halsbereich	<input type="checkbox"/> Lymphstörung
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Psychische Störung	<input type="checkbox"/> Sklerodermie
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Allergien	Sonstiges		
Mundhygienegrad	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> schlecht

Beschreibung des Problems

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Bitte füllen Sie auf der Folgeseite die entsprechende Produktkategorie **A**, **B** oder **C** aus

Es gelten die BEGO Garantiebedingungen sowie unsere Allgemeinen Liefer- und Leistungsbedingungen, jeweils zu finden unter www.bego.com. Wir verarbeiten personenbezogene Daten auf Grundlage der DSGVO und des BDSG. Die Verarbeitung erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO zur Erfüllung des Vertrages. Für die Übermittlung weitergehender Patientendaten ist die Einwilligung des jeweiligen Patienten erforderlich. Die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13, 14 DSGVO können Sie unter <https://www.bego.com/de/datenschutz/hinweise-zur-datenverarbeitung> einsehen.

* Ohne Angabe des Patientennamens oder weitergehender Patientendaten.



Reklamationsformular

Implantologie – Chirurgie, Prothetik und Instrumente

A Chirurgische Informationen

Knochenqualität	<input type="radio"/> D1	<input type="radio"/> D2	<input type="radio"/> D3	<input type="radio"/> D4
Implantatinsertion mit	<input type="radio"/> Ratsche		<input type="radio"/> Winkelstück	
Gewinde vorgeschnitten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Kopfsenker verwendet?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Angewendete Drehzahl (für Bohrer) in rpm			Aufgewandtes Drehmoment bei Insertion in N cm	
Augmentation vor der Behandlung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls „ja“, wann und welche (Name des Materials)?	
Augmentation während der Behandlung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls „ja“, welche?	
Sofortimplantation?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Primärstabilität erreicht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Einheitszeit			Osseointegration erreicht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Informationen zum Vorfall:				
<input type="checkbox"/> Implantatbruch	<input type="checkbox"/> Trauma/Unfall	<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Spätverlust	
<input type="checkbox"/> Nervenkompression	<input type="checkbox"/> Knochenrückgang/-abbau	<input type="checkbox"/> Peri-Implantitis	<input type="checkbox"/> Infektion	
<input type="checkbox"/> Frühverlust (inkl. keine Primärstabilität)	<input type="checkbox"/> Schraubenbruch/ Abutment-Hexbruch	<input type="checkbox"/> Angrenzender endodontisch versorgter Zahn	<input type="checkbox"/> Nicht-osseointegrierte Knochenaugmentation	
<input type="checkbox"/> Knochenüberhitzung	<input type="checkbox"/> Sinusperforation	<input type="checkbox"/> Andere	Falls „Andere“, welche?	

B Prothetische Informationen

Art der Restauration	<input type="radio"/> Teilprothese (oben/unten)	<input type="radio"/> Vollprothese (oben/unten)	<input type="radio"/> Brücke
	<input type="radio"/> Einzelkrone(n)	<input type="radio"/> Andere	Falls „Andere“, welche?
Sofortbelastung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Aufgewandtes Drehmoment bei Fixierung in N cm
Datum der provisorischen/der endgültigen Restauration	Datum des Vorfalls		

C Instrumente

Ungefähre Zahl der Bohreranwendungen	<input type="radio"/> erstmaliger Gebrauch	<input type="radio"/> 10–25	<input type="radio"/> über 25
Wie lange wurde das Produkt verwendet (z. B. Trays, Instrumente, usw.)?			
Art der Reinigung	<input type="radio"/> Manuell	<input type="radio"/> Ultraschall	<input type="radio"/> Thermodesinfektion
	<input type="radio"/> Andere	Falls „Andere“, welche?	Verwendete Reiniger/Chemikalien
Art der Sterilisation	<input type="radio"/> Autoklavierung	<input type="radio"/> Trockenhitze	<input type="radio"/> Chemiklavierung

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel
