

DOKUMENTATIONSBOGEN PROTHETISCHE KOMPONENTEN

Ihre Informationen sind wichtig! Um die Sicherheit unserer Medizinprodukte dauerhaft zu gewährleisten und zu verbessern, benötigen wir Ihre Unterstützung. **Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus, da wir Ihre Reklamation ansonsten nicht bearbeiten können!**

Angaben zum behandelnden Arzt/Labor

Zahnarzt Oralchirurg MKG Labor

Adresse: _____

Kundennummer: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Artikel:

Artikelnummer: _____ Chargen/Lotnummer: _____

Artikelnummer: _____ Chargen/Lotnummer: _____

Artikelnummer: _____ Chargen/Lotnummer: _____

Reklamationsgrund: _____

Informationen zur Prothetik:

Art der Restauration: Krone Brücke Teilprothese (oben) Teilprothese (unten)
 Vollprothese (oben) Vollprothese (unten) Andere: _____

Wann wurde das Bauteil eingesetzt? _____ Datum der Entfernung des Bauteils: _____

Wurde ein Drehmomentschlüssel verwendet? ja Anzugsmoment _____ Ncm
 nein nicht bekannt

Hersteller des verwendeten Schrauben-/Drehmomentschlüssels: _____

Datum der provisorischen Restauration: _____ Datum der endgültigen Restauration: _____

Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt? ja nein

Sind gesundheitliche Beeinträchtigungen des Patienten aufgetreten? ja nein

Wenn ja, in welcher Form? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Nur für interne Zwecke:

Eingangsdatum: _____ Fallbericht-Nr.: _____ Re-Nr.: _____

IHR VERSANDETIKETT

Bitte verwenden Sie das unten stehende Versandetikett, da die Lieferung sonst nicht bearbeitet werden kann und vernichtet werden muss.

Ihre und unsere Sicherheit ist uns wichtig!

Deshalb bitte die gereinigten Artikel in geeignete Folie einschweißen, sterilisieren und diese – unbedingt in einem gepolsterten Umschlag/Paket verpackt – an **Medical Instinct[®] Deutschland GmbH, Graseweg 24, 37120 Bovenden** senden.

Absender

Bitte
ausreichend
frankieren



Medical Instinct[®] Deutschland GmbH

**Graseweg 24
37120 Bovenden**