

## PRODUKTQUALITÄT GARANTIE FORMULAR

### VERSANDDATEN

Bitte füllen Sie pro Patient ein Formular aus und senden Sie es via einer der aufgeführten Methoden an:

- Email: [garantiacalidad@phibo.com](mailto:garantiacalidad@phibo.com)
- Kurierdienst: Gato Pérez 3-9, Pol. Ind. Mas d'en Cisa, C.P. 08181 Sentmenat, Barcelona.
- Wenn Sie uns telefonisch kontaktieren möchten, erreich Sie uns unter der Telefonnummer Alemania: **+49 8926209868**

### KUNDENDATEN

Rechtsträger	<input type="text"/>
Labornummer	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>
Name des Behandlers	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

### PATIENTENDATEN

Filenummer #	<input type="text"/>	Medikamente, Drogen	<input type="checkbox"/>
Alter	<input type="text"/>	Bruxismus	<input type="checkbox"/>
Geschlecht: W	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>	Paradontal Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Knochenqualität:		Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/>
I	<input type="checkbox"/>	Schlechte Mundhygiene	<input type="checkbox"/>
II	<input type="checkbox"/>		
III	<input type="checkbox"/>		
IV	<input type="checkbox"/>		
Raucher	<input type="checkbox"/>		

### FALLBESCHREIBUNG

Bitte um eine kurze Fallbeschreibung und Auflistung eventueller pathologischer Befunde:

### FALLERKENNUNG

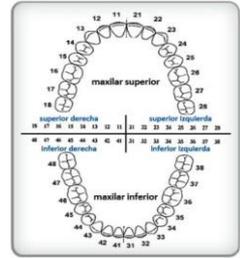
• Wie und wann wurde der Fall erkannt?		
Bei Erhalt des Produkts	<input type="checkbox"/>	
Während der Bearbeitung in Labor oder Praxis	<input type="checkbox"/>	
Während der Behandlung des Patienten	<input type="checkbox"/>	
Nachdem Einsetzen	<input type="checkbox"/>	
Nutzung des initialen Gewinde Reparatur Kits?:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nutzung des vollen Gewinde Aktivierungs Kits?:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### FALL DOKUMENTATION

Genutzte Unterstützungsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rücksendung des Produkts zur Analyse <input type="checkbox"/></li> <li>• Pre-Op und Post-Op Röntgenbilder des Patienten <input type="checkbox"/></li> </ul>	Versand Details von CAD-CAM Produkten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• File erneut verschickt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Original File Nummer <input type="text"/></li> <li>• File erneut gescannt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Neue File Nummer <input type="text"/></li> </ul>
---	--

### PRODUKT RÜCKVERFOLGUNG

Produkt Referenz (Charge) /	Seriennummer	Einsatzdatum (TT/MM/JJJJ)	Vorfalldatum (TT/MM/JJJJ)	Position
<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"/>



### PROTHETIKDATEN

### KNLINISCHE DATEN

### OP DATEN

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Material</b></li> <li>CoCr <input type="checkbox"/> Titan <input type="checkbox"/> Zirconia <input type="checkbox"/></li> <li>IPS-emax <input type="checkbox"/> Goldf.Titan <input type="checkbox"/> Transl. Zirconia <input type="checkbox"/></li> <li>PMMA <input type="checkbox"/> Wachs <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Prothetik</b></li> <li>Verschraubte Krone <input type="checkbox"/> Zement. Krone <input type="checkbox"/> Deckprothese <input type="checkbox"/></li> <li>Brücke Verschraubte <input type="checkbox"/> Brücke Zement. <input type="checkbox"/> Hybrid <input type="checkbox"/></li> <li>Herausn. Teilprothese <input type="checkbox"/> Vollprothese <input type="checkbox"/> Einheiten <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Gerüst</b></li> <li>Guss <input type="checkbox"/> CAD-CAM <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Nutzung von Original Modellanalogen?</b></li> <li>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Nutzung von Abutments</b></li> <li>Ja <input type="checkbox"/> Ref: <input type="text"/> Nein <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Zeitpunkt Platzierung Prothese</b></li> <li><input type="text"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bitte ankreuzen wenn zutreffend:</b></li> <li>Perimplantitis <input type="checkbox"/></li> <li>Infektion <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Instrumente</b></li> <li>Weniger als 10 Nutzungen <input type="checkbox"/></li> <li>Mehr als 10 Nutzungen <input type="checkbox"/></li> <li>Mechanische Reinigung <input type="checkbox"/></li> <li>Ultraschallreinigung <input type="checkbox"/></li> <li>Sterilisation mit trockener Hitze <input type="checkbox"/></li> <li>Sterilisation mit Nass Autoklaven <input type="checkbox"/></li> <li>Drehmoment manuell <input type="checkbox"/></li> <li>Drehmoment mechanisch <input type="checkbox"/></li> <li>Drehmoment (ncm) <input type="text"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bitte ankreuzen wenn zutreffend:</b></li> <li>Implantat Divergenzen <input type="checkbox"/></li> <li>Nutzung von Gewindeschneider <input type="checkbox"/></li> <li>Sinuslift <input type="checkbox"/></li> <li>Nutzung von Biomaterialien <input type="checkbox"/></li> <li>Nutzung eines Gingivaformers <input type="checkbox"/></li> <li>Sofortbelastung <input type="checkbox"/></li> <li>Direktimplantation <input type="checkbox"/></li> </ul>
---	--	---