



ФОРМА ПРЕТЕНЗИИ

ПАМЯТКА ПО ЗАПОЛНЕНИЮ

Обязательные и желательные для заполнения поля _ Страница 1/2

Please return item(s) sterilized and packed separately!

Возвращаемые изделия должны быть простерилизованы и упакованы по отдельности!

Complaint Form

Бланк претензии

Dentsply Sirona

Implants

to be filled by selling location / заполняется торговой организацией:

Selling Location/ DI Division: _____
Торговая организация/подразделение DI:

Complaint ref. no. of Selling Location/ DI Division: _____
Номер претензии местной торговой организации/подразделения DI:

Complaint no: _____
Номер претензии:

Обязательные поля

Желательные поля

Customer/User
Заказчик

Customer ID _____
Идентификационный номер заказчика

Name _____
Название

Street _____
Улица

Address _____
Адрес

Contact/ Phone _____
Контактное лицо/телефон

Failed product (Implant, Component, Tool, etc.) / Поврежденное изделие (имплантат, компонент, инструмент и т.д.)

☐ Astra Tech Implant System ☐ Ankylos ☐ Frialit/ Xive ☐ _____

Name _____
Название изделия

Catalog no. _____
Артикул

Lot no. _____
Номер партии

☐ unknown
нет информации

Concomitant product:
Сопутствующее изделие

Event / Событие

☐ No Primary stability
Отсутствие первичной стабильности

☐ Implant Loss
Отторжение имплантата

☐ Fracture of Implant
Фрактура имплантата

☐ Other surgical or insertion issue (please describe below)
другая хирургическая проблема или проблема с установкой (пожалуйста, опишите ниже)

☐ Abutment Fracture
Перелом абатмента

☐ Screw Fracture
Перелом винта

☐ Loosening
Развинчивание

☐ Fit issue
Проблема с посадкой

☐ Tool Issue (please describe below)
Проблема с инструментом (пожалуйста, опишите ниже)

☐ Other (please describe below)
Другое (пожалуйста, опишите ниже)

Date of Event / Дата события _____

Additional Information/Description / Дополнительная информация/описание

Position / Расположение															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
R															L
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Обязательные и желательные для заполнения поля _ Страница 2/2



Patient Information
Информация о пациенте

Name or Identifier
ФИО или идентификационный номер

Date of Birth
Дата рождения

Sex
Пол ☐ ♂ ☐ ♀

Oral Hygiene
Гигиена полости рта

Bone Quality
Качество кости

Medical History
Общие состояния здоровья

Chewing / Bite Habits
Особенности жевания

Others / Прочее

Date of / Дата

Implant placement
Установка имплантата

Loss / explantation
Отторжения/извлечение

Prosthetic Restoration
Начата протезирования

Immediate Impl. Placement
Немедленная установка

Immediate Loading
Немедленная нагрузка

Type of abutment
Тип абатмента

Time of Implant Loss/
Explantation
Момент отторжения / извлечения

Healing
Заживление

Augmentation
Аугментация

Grafting Materials
Трансплантат

Implant Site Preparation
Подготовка ложа имплантата

Diagnostic Findings
before Explantation
Данные обследования до извлечения имплантата

Prosthetic Treatment
Ортопедическое лечение

Additional Comments
Дополнительная информация

Date
Дата

Signature
Подпись

0800-GFORM-000025 [3]

Номер пациента
или ФИО

Даты Установки и
Отторжения в формате
ДД/ММ/ГГГГ –
при удалении
имплантата
обязательно!

Дополнительная
информация,
если применимо

Что нужно учесть при выборе «События»

Event / Событие

Date of Event / Дата события _____ - _____ - _____

- ☐ No Primary Stability
Отсутствие первичной стабильности
- ☐ Implant Loss
Отторжение имплантата
- ☐ Fracture of Implant
Фрактура имплантата
- ☐ Other Surgical or Insertion Issue (please describe below)
другая хирургическая проблема или проблема с установкой (пожалуйста, опишите ниже)
- ☐ Abutment Fracture
Перелом абатмента
- ☐ Screw Fracture
Перелом винта
- ☐ Loosening
Развинчивание
- ☐ Fit Issue
Проблема с посадкой
- ☐ Tool Issue (please describe below)
Проблема с инструментом (пожалуйста, опишите ниже)
- ☐ Other (please describe below)
Другое (пожалуйста, опишите ниже)

Additional Information/Description / Дополнительная информация/описание



- ☐ Выбирайте **1 причину**. Все причины, кроме «Отторжения имплантата» и «Отсутствия первичной стабильности» требуют предоставления дополнительной информации о том, что именно случилось;
- ☐ «Отсутствие первичной стабильности» - выбирается, когда удаление/отторжение имплантата происходит **в день его установки** → даты установки/удаления должны совпадать! В случае разрыва во времени 1 день и больше – выбирается причина «Отторжение имплантата»;
- ☐ В случае причины «Перелом имплантата» (или «Перелом абатмента/винта»), повлекшие удаление имплантата – требуется снимок;
- ☐ Причина «Другое» не желательно выбирать, т.к. большинство ситуаций покрывается другими возможными причинами, или нужно предоставить подробности произошедшего
- ☐ В случае, если имеет место возврат двух или более имплантатов с одинаковым Catalog no. (артикулом), которые относятся к одному пациенту, совпадают даты установки/удаления, а также причины удаления, то можно внести их в одну претензию, указав около поля «Артикул» количество возвращаемых имплантатов.

