

# Kundenbeanstandung

Senden Sie Ihren Verlauf bitte an folgende Adresse oder per E-Mail an:

CeramTec Dentalvertriebs GmbH  
 c/o WeDeclare AG  
 Gewerbestrasse 17  
 DE-79618 Rheinfelden-Herten  
 warranty@zeramex.com

**Bitte Produkte sterilisiert und einzeln verpackt einsenden.**

Verlaufsnummer \_\_\_\_\_

Wird von Dentalpoint ausgefüllt.

**Achtung:** Beanstandungen sind innert 3 Monaten nach Explantation mit vollständig ausgefüllten Beanstandungsformular zu melden. Unvollständige oder später eingereichte Reklamationen können aus regulatorischen und gesetzlichen Gründen nicht berücksichtigt werden.

oder Praxis Stempel

## Behandler / Labor

Kundennr. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

## Produkt (Implantat, Komponente, Instrument etc.)

\*Pflichtfelder

ZERAMEX® XT    ZERAMEX® P6    ZERAMEX® P    ZERAMEX® T    ZERAMEX® T-Lock    \_\_\_\_\_

Artikel-Name\* \_\_\_\_\_ Artikel-Nr.\* \_\_\_\_\_ Lot-Nr.\* \_\_\_\_\_

ggf. Begleitprodukt \_\_\_\_\_

## Art des Vorfalls

Datum des Vorfalls\* \_\_\_\_\_

- Fehlende Primärstabilität    Implantatverlust    Implantatfraktur
- Anderes chirurgisches oder Insertions-Problem (bitte nähere Beschreibung)
- Abutmentfraktur    Schraubenversagen    Lockerung    Passungsproblem
- Instrumentenproblem (bitte nähere Beschreibung)
- Sonstiges (bitte nähere Beschreibung)

Nähere Beschreibung / sonstige Informationen\*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Position:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
R 48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38 L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Kundenbeanstandung

ZERAMEX

Patienten Information\* Patienten-Nr.:\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht  M  W

Mundhygiene\*  gut  durchschnittlich  schlecht

Knochenqualität\*  D1  D2  D3  D4

Patientenvorgeschichte  Raucher  Diabetiker  Bruxer

Kau- / Beißgewohnheiten \_\_\_\_\_

Datum der\* Implantation\* \_\_\_\_\_ Sofortimplantation  Ja  Nein

Eindrehmoment Implantat\* \_\_\_\_\_ Ncm

Explantation\* \_\_\_\_\_ Sofortbelastung  Ja  Nein

proth. Versorgung\* \_\_\_\_\_ mit Aufbautyp \_\_\_\_\_

Phase des Verlustes /  
der Explantation  Einheilphase  Wiedereröffnung  vor proth. Belastung  nach proth. Belastung

Einheilung  subgingival  transgingival

Augmentation  präoperativ  zeitgleich mit Impl.  keine

verwendete Materialien \_\_\_\_\_

Implantatbett-  
aufbereitung\*  ablativ  Gewindeschneider  Sonstiges \_\_\_\_\_

Befund der Explantation  Infektion  Eigenbeweglichkeit  Osteolyse

okklusale Überlastung  grad. Knochenabbau  Periimplantitis

Prothetische Versorgung\*  zementiert  Totalprothese  rein implantatgetragen  abnehmbare Brücke

festsitzende Brücke  festsitzende Teilproth.  abnehmbare Teilproth.  verschraubt

Einzelzahnversorgung Anzugsdrehmoment Abutment\* \_\_\_\_\_ Ncm

Anmerkungen \_\_\_\_\_

Produkt liegt bei  sonstige Anlagen \_\_\_\_\_

Produkt wird nachträglich eingeschendet, weil \_\_\_\_\_

Produkt wird nicht eingeschendet, weil \_\_\_\_\_

Gewünschtes Ersatzprodukt \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_