

Please return item(s) **sterilized** and packed **separately!**

Возвращаемые изделия должны быть простерилизованы и упакованы по отдельности!

Complaint Form Бланк претензии

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: _____ Complaint no: _____

Номер претензии местной торговой организации/подразделения DI:

Номер претензии:

Customer/User

Заказчик

Customer ID _____

Идентификационный номер заказчика

Name _____

Название

Street _____

Улица

Address _____

Адрес

Contact/ Phone _____

Контактное лицо/телефон

or Practice Stamp
или печать лечебного учреждения

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

Astra Tech Implant System Ankylos Frialit/ Xive _____

Name _____ Catalog no. _____ Lot no. _____ unknown

Название изделия

Артикул

Номер партии

нет информации

Concomitant product: _____

Сопутствующее изделие

Event / Событие

Date of Event / Дата события _____ - _____ - _____

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

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

Patient Information Identifier _____
Информация идентификационный номер

Oral Hygiene excellent fair poor
Гигиена полости рта Отлично Удовлетворительно Неудовлетворительно
Bone Quality I II III IV
Качество кости
Medical History Smoker Diabetes Bruxism
Общее состояние здоровья Курение Диабет Бруксизм

Chewing / Bite Habits _____
Особенности жевания

Others / Прочее _____

Date of / Дата Implant placement _____ - _____ - _____ Immediate Impl. Placement yes / Да no / Нет
Установки имплантата Немедленная установка
 Loss/ explantation _____ - _____ - _____ Immediate Loading yes / Да no / Нет
Отторжения/извлечения Немедленная нагрузка
 Prosthetic Restoration _____ - _____ - _____ Type of abutment _____
Начала протезирования Тип абатмента

Time of Implant Loss/ Explantation Healing Period Re-entry Prior to Functional Loading After Functional Loading
Момент отторжения / извлечения Период заживления Повторный вход До функциональной нагрузки После функциональной нагрузки

Healing Subgingival Transgingival
Заживление Субгингивально Трансгингивально

Augmentation Preoperative At Time of Implant Placement None
Аугментация До имплантации Во время имплантации Не было

Grafting Materials _____
Трансплантат

Implant Site Preparation Bone Condensing Bone Expanding Bone Spreading
Подготовка ложа имплантата Конденсация кости Расширение кости Раздвижение кости
 Drilling Thread Cutter Others _____
 Препарирование Метчик резьбы Другие

Diagnostic Findings before Explantation Infection Mobility Osteolysis
Данные обследования до извлечения имплантата Инфекция Подвижность Остеолизис
 Occlusal Overload Progressive Bone Loss Periimplantitis
 Оклюзионная перегрузка Прогрессирующая потеря кости Периимплантит

Prosthetic Treatment Cemented Complete Denture Only Implant supported Removable Bridge
Ортопедическое лечение Цементная фиксация Полный протез Только с опорой на имплантат Съёмный мостовидный протез
 Fixed Bridge Fixed Partial Denture Removable Partial Denture Screw Retained
 Несъёмный мостовидный протез Несъёмный частичный протез Частичный съёмный протез Винтовая фиксация
 Implant/ Tooth supported Single Tooth
 С опорой на имплантат/зуб Одиночный зуб

Additional Comments _____
Дополнительная информация

Item enclosed other attachments _____
 Изделие приложено Другие приложения

Item will be sent subsequently _____
 Изделие будет отправлено позже

Item won't be returned because _____
 Изделие не будет возвращено по причине

Date _____ - _____ - _____ **Signature** _____
Дата Подпись