

Ez a Garanciális igény bejelentő lap az Általános Szerződési Feltételek és Zircon Medical Management AG Patent™ Élethosszig tartó Garancia (MKT 400) feltételeire vonatkozik.

## 1 Ügyfél információk

Cégbélyegző

C									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ügyfélszám

Cég

Kapcsolat / Név

Telefon

E-mail cím

Cím

Város

Dátum / Aláírás

## 2 Az esemény dátuma

Az esemény dátuma NN/HH/ÉÉÉÉ

A Zircon Medical Management AG garanciája nem érvényes azokra a panaszokra, amelyeknél a bejelenteni kívánt esemény több mint három hónappal a bejelentés dátuma előtt történt.

## 3 Érintett termék(ek) (a kicserélendő termék(ek))

Cikkszám	Leírás	Tételszám	Mennyiség	A visszaküldés oka <sup>1</sup>

Helyreállítás típusa? Korona, híd...

<sup>1</sup>Részletezebb leírás esetén kérjük használja a 7. pontot

**4 Páciens adatok**

Páciens azonosítója / Ref

Kor

 férfi  nő

Lakóhely szerinti ország

**5 A páciens kórtörténete**Bármilyen ismert betegség?  Nem  Igen (részletezze)Bármilyen speciális kezelés (kemoterápia, sugárkezelés...)?  Nem  Igen (részletezze)Bármilyen speciális gyógyszeres kezelés?  Nem  Igen (részletezze)Bármilyen parafunkciós viselkedés (fogcsikorgatás...)?  Nem  Igen (részletezze)Bármilyen fertőzés?  Nem  Igen (részletezze)Csontsűrűség  Típus I  Típus II  Típus III  Típus IVCsont mennyisége  Gyenge  Mérsékelt  JóSzájhygiénia  Gyenge  Mérsékelt  JóDohányzás  Nem  Igen**6 Kezelési információk**Szigorúan betartották-e a kezelés időpontjában érvényes, megfelelő használati utasítást és használati útmutatót?  Nem  IgenA Patent™ Implantátumot és/vagy a Patent™ Protetikai Komponenst más gyártó termékeivel együtt használták-e?  Nem  Igen (részletezze)

Beültetés dátuma NN/HH/ÉÉÉÉ

Menetvágót használtak?  Nem  Igen

Pozíció

Azonnali behelyezés  Nem  IgenBeültetési protokoll típusa  Manuális  MotorosAzonnali terhelés  Nem  IgenVezetett súllyesztők használtak?  Nem  IgenElsődleges stabilitás  Gyenge  Mérsékelt  JóMásodlagos stabilitás (oszteointegráció)  Gyenge  Mérsékelt  Jó

Bármilyen beültetés előtti gyógyszeres kezelés (antibiotikumok...)?  Nem  Igen (részletezze)

Bármilyen további műtét?  Nem  Igen (részletezze)

## 7 Az eseménnyel/panasszal kapcsolatos további információk

Felhívom a figyelmét, hogy a kifogásolt termék(ek) a panaszfelmérés lényeges részét képezik, és értékelés céljából át kell adni a Zircon Medical Management AG-nek. A visszaküldött termékeket csak akkor fogadjuk el, ha megfelelően sterilizálva vannak és a sterilizációs indikátor egyértelmű színváltozásával ellátott tasakokba csomagolták. A sterilizációs indikátor helyett a sterilizálási jegyzőkönyv vagy feljegyzések is elegendőek.

Megerősítem, hogy a termék(ek) sterilizálva van és tasakba van csomagolva.  
A sterilizációs indikátor egyértelmű színváltozása látható vagy a sterilizációs jegyzőkönyv/nyilvántartás rendelkezésre áll.

Dátum

Aláírás

### Közvetlenül a Garanciális igény bejelentő lap kitöltése után az alábbi teendőket kövesse:

- A 3. fejezetben felsorolt kifogásolt termék(ek)et sterilizálva a következő címre kell elküldeni:

Szállítás az EU-ból (**ZV3 – Zircon Vision GmbH**, Am Eschengrund 7, 83135 Schechen, Germany)

Szállítás Svájcban (**Zircon Medical Management AG**, Krähbühlstrasse 58, 8044 Zürich, Switzerland)

