

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 _____ Customer ID _____
Заказчик 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.)

Pterygo EV ЗР Slim, Mini, Wide _____

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	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
	R	L
	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
Информация

Identifier _____
идентификационный номер

Oral Hygiene
Гигиена полости рта

excellent Отлично fair Удовлетворительно poor Неудовлетворительно

Bone Quality
Качество кости

I II III IV

Medical History
Общее состояние
здоровья

Smoker Курение Diabetes Диабет Bruxism 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
Момент отторжения /
извлечения

Healing Period Период заживления Re-entry Повторный вход Prior to Functional Loading До функциональной нагрузки After Functional Loading После функциональной нагрузки

Healing
Заживление

Subgingival Субгингивально Transgingival Трансгингивально

Augmentation
Аугментация

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

Grafting Materials _____
Трансплантат

Implant Site Preparation
Подготовка ложа
имплантата

Bone Condensing Конденсация кости Bone Expanding Расширение кости Bone Spreading Раздвижение кости
 Drilling Препарирование Thread Cutter Метчик резьбы Others _____
Другие

Diagnostic Findings
before Explantation
Данные обследования до
извлечения имплантата

Infection Инфекция Mobility Подвижность Osteolysis Остеолизис
 Occlusal Overload Окклюзионная перегрузка Progressive Bone Loss Прогрессирующая потеря кости Periimplantitis Периимплантит

Prosthetic Treatment
Ортопедическое лечение

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

Additional Comments
Дополнительная информация

Item enclosed Изделие приложено other attachments Другие приложения _____

Item will be sent subsequently Изделие будет отправлено позже _____

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

Date _____ - _____ - _____
Дата

Signature _____
Подпись