

# Reklamationschein

**Senden Sie Ihren Vorgang bitte an folgende Adresse:**

Dentsply Sirona Deutschland GmbH  
Rücksendung Reklamation  
Fabrikstr. 39  
**64625 Bensheim**

Reklamation Nr. der  
Verkaufsstelle/ DS Abteilung  
Vertriebsstandort/  
DS Abteilung  
Vorgangsnummer  
**von Dentsply Sirona auszufüllen**

## Zahnarzt/Labor

Kundennr.  
Name  
Straße  
PLZ/ Ort  
Ansprechpartner/ Tel.



## Reklamiertes Produkt

Pre-milled Blank	Verbindung zum Halter	Implantatverbindung	Prothetik-Schraube
Artikel-Name		Artikel-Nr.	Lot-Nr. unbekannt
ggf. Begleitprodukt:			

## Art des Vorfalls

<b>Fraktur</b>	<b>Passung</b>	<b>Misserfolg ausgelöst durch Begleitprodukt</b>	
An der internen Verbindung	Auf dem Modell	Schraube	
	Im Mund des Patienten	Keramik	
Falschliefierung	Dokumentationsbedingt	Labeling	Andere

Beschreibung der Beanstandung

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

## Wo wurde das Versagen festgestellt ?

Im Dentallabor

Im Mund des Patient

## Handelt es sich um eine Fraktur, informieren Sie bitte den Hersteller ob das gebrochene Teil:

Im Zahnersatz verblieben ist

Sonstige

## Benötigte der Patient ärztliche Hilfe?

Ja

Nein

## Patienten Information

Patienten-Nr

Geburtsdatum

-

-

Geschlecht



## Patientenvorgeschichte

Raucher

Diabetiker

Bruxer

regelmäßige Medikamentenverwendung

Sonstiges (bitte unten ausfüllen)

## Prothetische Versorgung

Oberkiefer-implantatgetragen

Unterkiefer-implantatgetragen

## Anmerkungen

Produkt liegt bei  sonstige Anlagen

Produkt wird nachträglich eingesandt, weil

Produkt wird nicht eingesandt, weil

Datum

Unterschrift

Seite 2 von 3

# Versandetikett

**Absender**

Bitte  
ausreichend  
frankieren

**Dentsply Sirona Deutschland GmbH  
Rücksendung Reklamation  
Fabrikstr. 39  
64625 Bensheim**