

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 Vorfalles

Datum des Vorfalles

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

Beschreibung der Beanstandung

Position	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**