

Formulaire de réclamation

Veuillez suivre la procédure suivante pour le traitement de votre réclamation :

- Photographiez le produit (toutes les pièces et les parties défectueuses doivent être visibles)
- Remplissez entièrement ce formulaire et indiquez le numéro de lot du produit.
- Envoyez-nous les photos ainsi que ce formulaire par e-mail à: BensheimDeu-DSD-Technische-Rekla@dentsplysirona.com
- Conservez toutes les pièces jusqu'à ce que le cas soit fermé par Dentsply Sirona.

A compléter par la filiale

Nom de la division DI: _____

Complaint ref. no. of Selling Location/ DI Division: _____ Numéro de réclamation: _____

Client utilisateur

Code client _____

Nom _____

Rue _____

Adresse _____

Téléphone _____

Ou cachet du praticien

Article problématique (implant, composant, outil, etc.)

Astra Tech Implant System Ankylos Frialit/ Xive _____

Désignation _____ Référence article _____ Numéro de lot _____ Inconnu

Pièce(s) complémentaire(s) _____

Incident

Date de l'incident ----- _____

Pas de stabilité primaire Perte de l'implant Fracture de l'implant

Autre problème chirurgical ou problème d'insertion (please describe below)

Fracture du pilier Fracture de vis Desserrage Problème d'adaptation

Problème d'instrument (please describe below)

Autre (please describe below)

Information complémentaire / description

Position de l'implant en bouche	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 Identifiant _____

Hygiène buccale excellente acceptable déficiente

Qualité osseuse I II III IV

Antécédents médicaux Fumeur Diabète Bruxisme

Habitudes masticatoires/occlusales _____

Others _____

Date de Insertion de l'implant ----- _____ Implantation immédiate oui non

Perte/explantation ----- _____ Mise en charge immédiate oui non

Restauration prothétique _____ - _____ - _____ Type de pilier prothétique _____

Moment de la perte /
explantation de l'implant Pendant la période de cicatrisation Au 2ème temps chirurgical Avant la mise en charge définitive Après la mise en charge définitive

Cicatrisation Sous-gingivale Transgingivale

Augmentation Pré-opératoire Au moment de la pose de l'implant Aucun

Matériaux de greffe _____

Préparation du site implantaire Condensation osseuse Expansion osseuse Expansion de crête par fracturation osseuse

Forage Taraudage Autre _____

Les résultats de diagnostic avant explantation Infection Mobilité Ostéolyse

Surcharge occlusale Perte osseuse progressive Péri-implantite

Traitement prothétique Prothèse scellée Prothèse complète amovible Support implantaire uniquement Prothèse complète stabilisée

Bridge complet fixe Bridge partiel fixe Prothèse partielle amovible Prothèse transvissée

Prothèse avec support mixte dents-implants Restauration unitaire

Commentaires supplémentaires _____

Eléments inclus Autres pièces jointes _____

L'article sera envoyé par la suite _____

L'article ne sera pas renvoyé car _____