

HOJA DE RECLAMACIÓN



- Rellene esta hoja de la manera más detallada posible. Cualquier información omitida puede retrasar su tramitación.
- Proporcione el/los producto/s explantado/s en condiciones estériles.

A. Información sobre el cliente

Nombre de la clínica		
Correo electrónico		Teléfono
Implantólogo		
País		

B. Información sobre el producto

Tipo de producto	<input type="radio"/> Implante <input type="radio"/> Prótesis <input type="radio"/> Instrumento
Número del artículo	
Número del lote	
Producto devuelto	<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no

C. Información sobre el paciente

ID del paciente	
Edad	<input type="radio"/> <20 <input type="radio"/> 20-50 <input type="radio"/> 50-70 <input type="radio"/> >70
Tipo de hueso	<input type="radio"/> D1 <input type="radio"/> D2 <input type="radio"/> D3 <input type="radio"/> D4
Nº de diente	
Historial	<input type="radio"/> Fumador <input type="radio"/> Con bruxismo <input type="radio"/> Diabético <input type="radio"/> Ninguna observación reseñable <input type="radio"/> Otro _____

D. Información sobre la cirugía

Fecha de implantación	__/__/____
Fecha de la restauración protésica	__/__/____
Información sobre el procedimiento	<input type="radio"/> Se han utilizado instrumentos TRI® originales <input type="radio"/> Se han limpiado, desinfectado y esterilizado los instrumentos antes de usarse <input type="radio"/> Se ha utilizado un procedimiento de aumento de hueso <input type="radio"/> Otro _____

E. Información sobre el incidente

Fecha del incidente	__/__/____
Higiene oral alrededor del implante	<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Buena <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Mala
Síntomas del paciente	<input type="radio"/> Dolor <input type="radio"/> Infección <input type="radio"/> Inflamación <input type="radio"/> Dehiscencia <input type="radio"/> Pérdida ósea <input type="radio"/> Lesión del nervio <input type="radio"/> Otro _____
Descripción del incidente	<input type="radio"/> Pérdida de estabilidad primaria <input type="radio"/> Pérdida de osteointegración <input type="radio"/> Fallo mecánico del producto <input type="radio"/> Problema de manipulación <input type="radio"/> Otro _____ Describe por qué piensa que se ha perdido el implante o por qué ha sido necesario retirarlo _____ _____ _____ Es posible volver a tratar al paciente con éxito: <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no

F. Información sobre el incidente

Remita la hoja debidamente cumplimentada con el/los producto/s explantado/s en condiciones estériles a:

TRI® Dental Implants

A la atención de: Tramitación de reclamaciones

Merzhauserstrasse 183
79100 Freiburg
Alemania

Preguntas

Correo electrónico: complaints@tri-implants.swiss
Fax: +41 32 510 1601
Teléfono: 00800 3313 3313

En cuanto TRI® Dental Implants reciba su hoja de reclamación, la revisará y le informará al respecto. Una vez facilitada toda la información necesaria, se suministrarán el/los producto/s de sustitución de manera oportuna.

G. Firma y fecha