

Please return item(s) **sterilized** and packed **separately!**

I componenti devono essere **sterilizzati separatamente** prima dell'invio

Complaint Form

to be filled by selling location / Spazio riservato all'azienda

Selling Location/ DI Division: _____
Paese distributore

Complaint ref. no. of Selling Location/ DI Division: _____ **Complaint no:** _____
Complaint del paese distributore **# Complaint**

Customer/User Customer ID _____
Cliente Codice cliente

Name _____
Nome

Street _____
Via/Piazza

Address _____
Città

Contact/ Phone _____
Persona da contattare/ Telefono/ E-mail

or Practice Stamp
o Timbro del cliente

Failed product (Implant, Component, Tool, etc.) / Prodotto fallito (Impianto, Abutment, Strumento, etc.)

- Astra Tech Implant System Ankylos Frialit/ Xive _____

Name _____ Catalog no. _____ Lot no. _____ unknown
Nome Cod.Articolo Lotto n. Sconosciuto

Concomitant product: _____
Prodotto usato in concomitanza

Event / Evento **Date of Event / Data dell'evento** _____ - _____ - _____

- No Primary Stability** **No stabilità primaria** **Implant Loss** **Perdita impianto** **Fracture of Implant** **Frattura dell'impianto**
- Other Surgical or Insertion Issue** (please describe below)
Altro Problema chirurgico o con la strumentazione (per favore, scrivere nello spazio sottostante)
- Abutment Fracture** **Frattura dell'abutment** **Screw Fracture** **Frattura della vite** **Loosening** **Serraggio non ottimale** **Fit Issue** **Problema di calzabilità**
- Tool Issue** (please describe below)
Problemi del tool (per favore, scrivere nello spazio sottostante)
- Other** (please describe below)
Altro (per favore, scrivere nello spazio sottostante)

Additional Information/Description / Informazioni aggiuntive/descrizioni

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Position: Posizione: | 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
Paziente Identifier _____
Codice

Oral Hygiene
Igiene orale excellent
buona fair
media poor
scarsa

Bone Quality
Qualità ossea I II III IV

Medical History
Storia clinica del cliente Smoker
Fumatore Diabetes
Diabete Bruxism
Bruxismo

Chewing / Bite Habits
Masticazione / Morso _____

Others / Altro _____

Date of / Data di Implant placement _____ - _____ - _____ Immediate Impl. Placement yes / si no / no
Inserimento dell'impianto Post- estrattivo immediato

Loss/ explantation _____ - _____ - _____ Immediate Loading yes / si no / no
Fallimento /espianto Carico immediato

Prosthetic Restoration _____ - _____ - _____ Type of abutment _____
Restauro protesico Tipo di abutment

Time of Implant Loss/
Explantation
Localizzazione temporale
del fallimento/espianto Healing Period
Durante il periodo
di guarigione Re-entry
Alla riapertura Prior to Functional Loading
Prima del carico protesico funzionale After Functional Loading
Dopo il carico protesico

Healing
Metodo di guarigione Subgingival
Sommerso Transgingival
Transmucoso

Augmentation
Tecniche accrescitive Preoperative
In sede preparata
prima dell'intervento At Time of Implant Placement
Contemporaneamente
all'inserimento dell'impianto None
No

Grafting Materials _____
Materiale utilizzato

Implant Site Preparation
Preparazione del
sito impiantare Bone Condensing
Condensazione ossea Bone Expanding
Espansione ossea Bone Spreading
Tecnica Osteotomica

Drilling
Con frese Thread Cutter
Maschiatura Others _____
Altro

Diagnostic Findings
before Explantation
Diagnosi prima
dell' espianto Infection
Infezione Mobility
Mobilità del dente Osteolysis
Osteolisi

Occlusal Overload
Sovraccarico occlusale Progressive Bone Loss
Graduale riassorbimento osseo Periimplantitis
Periimplantite

Prosthetic Treatment
Restauro protesico Cemented
Cementata Complete Denture
Overdenture Only Implant supported
Solo su impianti Removable Bridge
Protesi totale rimovibile

Fixed Bridge
Protesi totale fissa Fixed Partial Denture
Protesi parziale fissa Removable Partial Denture
Protesi parziale rimovibile Screw Retained
Avvitata

Implant/ Tooth supported
Su denti e impianti Single Tooth
Dente singolo

Additional Comments
Commenti _____

Item enclosed
Prodotti inclusi other attachments _____
altri allegati

Item will be sent subsequently _____
Il prodotto verrà inviato in seguito

Item won't be returned because _____
Il prodotto non sarà restituito perché

Date _____ - _____ - _____ **Signature** _____
Data **Firma**