Dentsply Sirona

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

Vänligen returnera produkt(er) **sterilise-rad(e)** och förpacka-d(e) **separat!**

Complaint Form
Reklamationsformulär

to be filled by selling location / ifylles av försäljningsstället

Selling Location/ DS Division: _____

Complaint ref. no. of Selling Location/ DS Division: _____ **Complaint no:** _____
Reklamationsnr:

Customer/User
Kund/användare

Customer ID _____
Kund-ID

Name _____
Namn

Street _____
Gata

Address _____
Adress

Contact/Phone _____
Kontakt/telefon

or Practice Stamp
eller mottagningens stämpel

Failed product (Implant, Component, Tool, etc.)/Felaktig produkt (implantat, komponent, verktyg, osv.)

☐ Astra Tech Implant System ☐ Ankylos ☐ Frialit/Xive ☐ _____

Name _____ Catalog no. _____ Lot no. _____ ☐ unknown
Namn Katalognr. Lotnr. Okänt

Concomitant product: _____
Annan inblandad produkt:

Event / Händelse **Date of Event / Datum för händelsen** _____ - _____ - _____

☐ **No Primary Stability** / **Ingen primärstabilitet**
☐ **Implant Loss** / **Implantatförlust**
☐ **Fracture of Implant** / **Fraktur på implantatet**
☐ **Other Surgical or Insertion Issue** (please describe below) / **Annat kirurgiskt problem eller insättningsproblem** (beskriv nedan)
☐ **Abutment Fracture** / **Distansfraktur**
☐ **Screw Fracture** / **Skruvfraktur**
☐ **Loosening** / **Uppskruvning**
☐ **Fit Issue** / **Passformsproblem**
☐ **Tool Issue** (please describe below) / **Verktygsproblem** (beskriv nedan)
☐ **Other** (please describe below) / **Annat** (beskriv nedan)

Additional Information/Description / Ytterligare information/beskrivning:

_____
_____
_____
_____

Position / Position:

R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

Dentsply Sirona

Patient
Patient

Identifier _____
Identifikationskod

Oral Hygiene
Munhygien

☐ excellent / utmärkt ☐ fair / ganska god ☐ poor / dålig

Bone Quality
Benkvalitet

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Medical History
Anamnes

☐ Smoker / Rökare ☐ Diabetes / Diabetes ☐ Bruxism / Bruxism

Chewing / Bite Habits
Tugg-/bitvanor

_____

Others / Annat

_____

Date of / Datum för

Implant placement / Implantatinstallation _____ - _____ - _____
Immediate Impl. Placement / Direktinstallation ☐ yes / ja ☐ no / nej

Loss/ explantation / Förlust/explantation _____ - _____ - _____
Immediate Loading / Direktbelastning ☐ yes / ja ☐ no / nej

Prosthetic Restoration / Protetisk konstruktion _____ - _____ - _____
Type of abutment / Typ av distans _____

Time of Implant Loss/ Explantation
Tidpunkt för förlust/ explantation av implantat

☐ Healing Period / Läkningsperiod ☐ Re-entry / Vid distans op ☐ Prior to Functional Loading / Före funktionell belastning ☐ After Functional Loading / Efter funktionell belastning

Healing
Läkning

☐ Subgingival / Subgingivalt ☐ Transgingival / Transgingivalt

Augmentation
Uppbyggnad

☐ Preoperative / Pre-operativ ☐ At Time of Implant Placement / Vid tidpunkt för implantatinstallation ☐ None / Ingen

Grafting Materials / Transplantatmaterial _____

Implant Site Preparation
Preparation av implantatsätet

☐ Bone Condensing / Benkondensering ☐ Bone Expanding / Benexpansion ☐ Bone Spreading / Benspridning

☐ Drilling / Borrsteg ☐ Thread Cutter / Gängskärare Others / Annat _____

Diagnostic Findings before Explantation
Diagnostiska fynd före explantation

☐ Infection / Infektion ☐ Mobility / Rörlighet ☐ Osteolysis / Osteolys

☐ Occlusal Overload / Ocklusal överbelastning ☐ Progressive Bone Loss / Progressiv benförlust ☐ Periimplantitis / Periimplantit

Prosthetic Treatment
Protetisk behandling

☐ Cemented / Cementerad ☐ Complete Denture / Helprotes ☐ Only Implant supported / Endast implantatstödd ☐ Removable Bridge / Avtagbar bro

☐ Fixed Bridge / Fast bro ☐ Fixed Partial Denture / Fast delprotes ☐ Removable Partial Denture / Avtagbar delprotes ☐ Screw Retained / Skruvretinerad

☐ Implant/ Tooth supported / Implantat-/tandstödd ☐ Single Tooth / Singeltand

Additional Comments
Ytterligare kommentarer

_____

☐ Item enclosed / Produkten bifogad ☐ Other attachments / Andra bilagor _____

☐ Item will be sent subsequently / Produkten skickas senare _____

☐ Item won't be returned because / Produkten kommer inte att returneras pga _____

Date _____ - _____ - _____
Datum

Signature _____
Signatur