

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

Ciente

Customer ID _____

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. Articollo

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 -----
Inserimento dell'impianto Immediate Impl. Placement yes / si no / no
Post- estrattivo immediato
Loss/ explantation -----
Fallimento /espianto Immediate Loading yes / si no / no
Carico immediato
Prosthetic Restoration -----
Restauro protesico Type of abutment _____
Tipo di abutment

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

Healing
Metodo di guarigione Subgingival
Sommerso Transgingival
Transmucoso

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

Grafting Materials _____
Materiale utilizzato

Implant Site Preparation
Preparazione del Bone Condensing Bone Expanding Bone Spreading
sito implantare Condensazione ossea Espansione ossea Tecnica Osteotomica
 Drilling Thread Cutter Others _____
Con frese Maschiatura Altro

Diagnostic Findings
before Explantation Infection Mobility Osteolysis
Diagnosi prima Infezione Mobilità del dente Osteolisi
dell' espianto Occlusal Overload Progressive Bone Loss Periimplantitis
Sovraccarico occlusale Graduale riassorbimento osseo Periimplantite

Prosthetic Treatment
Restauro protesico Cemented Complete Denture Only Implant supported Removable Bridge
Cementata Overdenture Solo su impianti Protesi totale rimovibile
 Fixed Bridge Fixed Partial Denture Removable Partial Denture Screw Retained
Protesi totale fissa Protesi parziale fissa Protesi parziale removibile Avvitata
 Implant/ Tooth supported Single Tooth
Su denti e impianti Dente singolo

Additional Comments
Commenti _____

Item enclosed other attachments _____
Prodotti inclusi 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