

Reklamationsformular für CAD/CAM-Aufträge

PRODUKTE IMMER STERIL
BZW. DESINFIZIERT EINREICHEN!

KUNDENINFORMATIONEN

Name	<input type="text"/>	Kundennummer	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	dokumentiert von	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

PRODUKTINFORMATIONEN

Projekt-Nummer	<input type="text"/> DE_ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Scan only	<input type="checkbox"/> Scan & Shape
Referenz ID*	<input type="text"/>		
Wurde das Projekt neu angefertigt?	<input type="checkbox"/> nein, Arbeit wird verwendet	<input type="checkbox"/> ja, kopiert	<input type="checkbox"/> ja, neues Projekt
neue Projekt-Nummer	<input type="text"/> DE_ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Material	<input type="checkbox"/> Keramik	<input type="checkbox"/> NEM	<input type="checkbox"/> Titan
Plattform falls Abutment	<input type="checkbox"/> WN	<input type="checkbox"/> RN	<input type="checkbox"/> RC
		<input type="checkbox"/> Kunststoff	<input type="checkbox"/> NC

KATEGORIE PASSUNG – bitte bei Problemen mit der Passung des Gerüsts ausfüllen

<input type="checkbox"/> nur auf Modell	<input type="checkbox"/> nur im Munde	<input type="checkbox"/> beides		
<input type="checkbox"/> zu weit	<input type="checkbox"/> zu eng	<input type="checkbox"/> schaukelt	<input type="checkbox"/> Randspalt	<input type="checkbox"/> Präparationsrand zu kurz
Welches Material wurde gescannt?				
<input type="checkbox"/> Gips	<input type="checkbox"/> Kunststoff	<input type="checkbox"/> Metall	<input type="checkbox"/> Abutment	<input type="checkbox"/> Wachs
				<input type="checkbox"/> intra-oral/ Kiefer
Wurde Aqua Spacer, Scanspray oder Ähnliches verwendet?				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Aqua Spacer	<input type="checkbox"/> Scanspray	<input type="checkbox"/> Andere: _____	

Kommentar _____

KATEGORIE BRUCH – bitte bei Sprüngen / Brüchen des Gerüsts ausfüllen

<input type="checkbox"/> mit Bruch angeliefert	<input type="checkbox"/> Bruch beim Bearbeiten	<input type="checkbox"/> Bruch bei Einprobe
<input type="checkbox"/> Bruch beim Zementieren	<input type="checkbox"/> Bruch nach definitiver Eingliederung	<input type="checkbox"/> Bruch nach provisorischer Eingliederung
Wurden Frakturstücke verschluckt und / oder eingeatmet?		
<input type="checkbox"/> nicht zutreffend	<input type="checkbox"/> verschluckt	<input type="checkbox"/> eingeatmet
Wo ist der Sprung / Bruch aufgetreten?		
<input type="checkbox"/> Gerüst	<input type="checkbox"/> Verblendung	<input type="checkbox"/> beides
Wenn die Arbeit schon eingegliedert war:		
definitiv eingesetzt am:	<input type="text"/>	provisorisch eingesetzt am:
entfernt am:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Welcher Zement wurde verwendet? _____		

Kommentar _____

* Falls ich Patientendaten nicht mit einer anonymisierten Patienten-ID, sondern personenbezogen übermittle, liegt hierfür eine Einwilligung des Patienten vor.

