

Reklamationsformular Biomaterialien

Um die regulatorischen Anforderungen einzuhalten, ist es erforderlich Informationen über die Reklamation einzuholen.

Bitte senden Sie uns die Reklamation unverzüglich zurück.

I. Kundenangaben

Name: _____ Kundennummer: _____

Adresse: _____

Telefon / Fax: _____ E-Mail: _____

II. Verpackungsproblem / Produktproblem vor der Anwendung am Patienten

Verpackungsproblem: Nein Ja **Produkt in Ordnung:** Nein Ja Bitte Problem beschreiben:

Bitte schicken Sie uns das Produkt und die Packung zur Fehleranalyse zurück!

III. Produktinformation (max. 4 Produkte pro Formular)

Welche Produkte wurden angewendet?

Produktname	Artikelnummer	Lot	Anzahl	Problem aufgetreten am

Falls ein Problem bei der Behandlung aufgetreten ist, bitte zusätzliche Angaben ausfüllen:

IV. Patienteninformation

Patientennummer: _____ Geburtsdatum: _____ weiblich männlich divers

OP-Datum: _____

Allergie: Nein Ja Wenn „Ja“, welche? _____

Raucher: Nein Ja **Diabetes:** Nein Ja **Schwangerschaft:** Nein Ja

V. Therapie

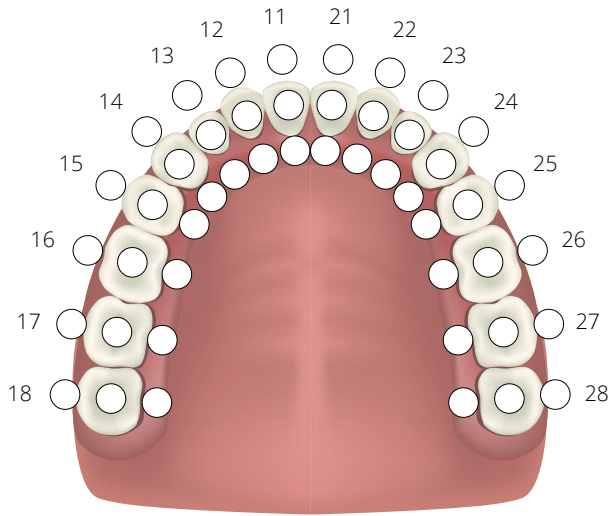
Besonderheiten in der Patientenanamnese: Nein Ja Wenn „Ja“, bitte Gesundheitsprofil beschreiben:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anämie | <input type="checkbox"/> Herzkrankarterienerkrankung | <input type="checkbox"/> Hypertonie (controlled) | <input type="checkbox"/> Osteopetrosis |
| <input type="checkbox"/> Antikoagulans-Therapie | <input type="checkbox"/> Herzkrankklappenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hypertonie (uncontrolled) | <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Immunreaktionsdefizienz | <input type="checkbox"/> Polyzythemie Vera |
| <input type="checkbox"/> Knochenerkrankung | <input type="checkbox"/> Emphysem | <input type="checkbox"/> Immunsuppressionstherapie | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Neoplasma, gutartig | <input type="checkbox"/> Endokrine Erkrankung | <input type="checkbox"/> Bestrahlungstherapie | <input type="checkbox"/> Psychologische Störung |
| <input type="checkbox"/> Neoplasma, bösartig | <input type="checkbox"/> Faser-Knochenerkrankung | <input type="checkbox"/> Leukämie | <input type="checkbox"/> Purpura |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Granulozytopenie | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Hämophilie | <input type="checkbox"/> Geistige Retardierung | <input type="checkbox"/> Rheumat. Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Kollagenose | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteomyelitis | <input type="checkbox"/> Sichelzellanämie |
| <input type="checkbox"/> Kongestives Herzversagen | <input type="checkbox"/> Huntington's Disease | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Andere (bitte angeben): |

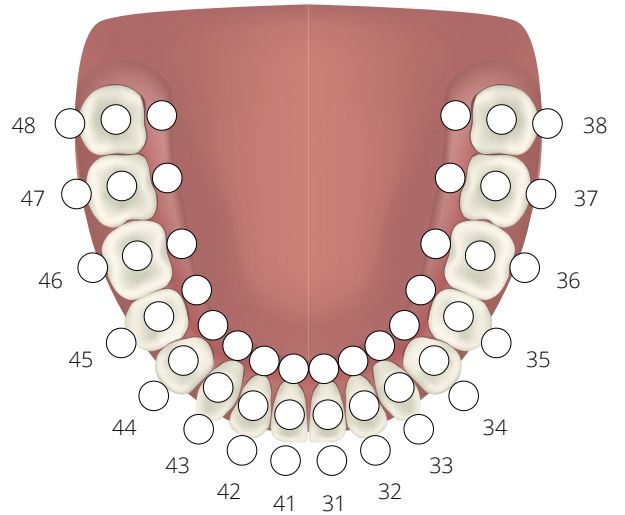
Andere: _____

VI. Region der Behandlung (bitte markieren Sie die entsprechende Region)

Oberkiefer:



Unterkiefer:



VII. Indikation

- Sinuslift
 Kieferkamm-Augmentation
 Alveolardefekt
 Furkationsdefekt
 Intraossärer Defekt
 Socket preservation
 Andere (bitte angeben):

Andere: _____

Augmentation zeitgleich mit Implantation: Nein Ja

VIII. Unerwünschte Nebenwirkungen

Symptome	Schwere			Beginn	Ende	Prognose rückläufig oder weiter bestehend
	mild	moderat	schwer			
Erythema						
Schwellung						
Schmerzen / Druckempfindlichkeit						

Schwerwiegende Verletzung: Nein Ja Lebensbedrohliche Verletzung: Nein Ja

Wenn „Ja“, bitte beschreiben: _____

Permanenter Schaden an Körperstrukturen: Nein Ja Tod: Nein Ja

Sonstige Informationen:

Wurden während oder nach der OP Medikamente oder andere Biomaterialien eingesetzt? Nein Ja

Wenn „Ja“, welche? _____

Unterschrift / Stempel des Arztes oder Labor (erforderlich): _____ Datum: _____