

Raport zgłoszenia utraty implantu

**Szanowna Pani Doktor, Szanowny Panie Doktorze,
Dziękujemy za wybór implantów firmy MIS Implants.**

Informujemy, że w tych nielicznych przypadkach, kiedy implant zostanie utracony w okresie do 5 lat od implantacji, firma MIS dokona bezpłatnej wymiany implantu na nowy. Należy pamiętać, że warunkiem takiej wymiany jest odesłanie **wysterylizowanego implantu** będącego przedmiotem reklamacji wraz z dołączonymi **zdjęciami rentgenowskimi** danego przypadku wykonanymi przed jak i po zabiegu oraz **kompletnie wypełniony poniższy formularz**. **Jesteśmy zainteresowani kompleksowym zbadaniem potencjalnych przyczyn utraty implantu (wyłącznie dla wewnętrznych analiz statystycznych) z tego powodu niezwykle ważne jest dla nas kompleksowe wypełnienie formularza.**

Dane implantu: Pozycja implant w łuku: _____ Nr katalogowy: _____ Nr serii: _____

Protokół wprowadzania implantu:

- ☐ w dniu ekstrakcji
- ☐ mniej niż 7dni od ekstrakcji
- ☐ mniej niż 6tygodni od ekstrakcji
- ☐ pomiędzy 6-12 tygodni od ekstrakcji
- ☐ powyżej 12 tygodni od ekstrakcji

Protokół obciążenia implantu:

- ☐ w dniu wprowadzenia implantu
- ☐ mniej niż 7 dni od implantacji
- ☐ mniej niż 6 tygodni od implantacji
- ☐ pomiędzy 6-12 tygodni od implantacji
- ☐ powyżej 12 tygodni od implantacji

Dane niepowodzenia:

- Czas od fazy chirurgicznej:
 - ☐ mniej niż 4 tygodnie od zabiegu
 - ☐ mniej niż 4 miesiące od zabiegu
 - ☐ więcej niż 4 miesiące od zabiegu

- Czas odbudowy protetycznej:
 - ☐ Dzień obciążenia
 - ☐ mniej niż 4 miesiące od obciążenia
 - ☐ 4-12 miesięcy od obciążenia
 - ☐ 1-3 lat od obciążenia
 - ☐ 3-5 lat od obciążenia
 - ☐ powyżej 5 lat od obciążenia

Lekarz wykonujący zabieg:

Nazwisko: _____ Imię: _____

Dane pacjenta: Wiek: _____ Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

- kwestie dotyczące zdrowia i nawyków pacjenta:
 - ☐ Żadne, które są istotne
 - ☐ palenie
 - ☐ osteoporoza lub leki na osteoporozę
 - ☐ choroby metaboliczne
 - ☐ zła higiena jamy ustnej
 - ☐ inne istotne warunki

Faza chirurgiczna zabiegu:

- Liczba wprowadzonych implantów: _____ Odległość od sąsiednich zębów czy implantów _____
- Użycie biomateriału: ☐ Nie ☐ Tak (proszę wyspecyfikować): _____
- Użycie membrany: ☐ Nie ☐ Tak (proszę wyspecyfikować): _____

Odbudowa protetyczna:

- Rodzaj odbudowy: ☐ Sposób osadzenia: ☐ Przykręcana ☐ Cementowana
☐ Ruchoma
 ■ proszę wymienić: _____

Czy są jakieś podejrzenia co do potencjalnej przyczyny lub czy są inne komplikacje?

Pragniemy zaznaczyć, że dostarczymy implant na wymianę za utracony, pod warunkiem, że wszystkie wymienione wyżej warunki zostaną spełnione. Zgoda na wymianę implantu nie oznacza w żadnym przypadku przyjęcia przez MIS lub Dystrybutora żadnych dodatkowych zobowiązań lub odpowiedzialności.