

# PROCEDURA REKLAMACYJNA implantów IS II i IS III Active

## 1 krok

### WARUNKI PRZYJĘCIA REKLAMACJI

REKLAMACJA zostanie przyjęta do rozpatrzenia tylko w przypadku:

1. **Szczegółowo wypełnionego aktualnego FORMULARZA REKLAMACYJNEGO** przez lekarza, w każdym polu.
2. **Dostarczenie zdjęć OPG i RVG**
  - a) po implantacji
  - b) po usunięciu niezintegrowanego implantu.
3. **Dostarczenia reklamowanego implantu (wysterylizowanego).**

## 2 krok

### ZŁOŻENIE REKLAMACJI

1. Lekarz wysyła REKLAMACJĘ na własny koszt. Adres wysyłki REKLAMACJI:  
Profident,  
ul. Legnicka 2  
25-328 Kielce.
2. Przesyłka z odsyłanym implantem powinna być zabezpieczona przed ew. zniszczeniem w transporcie. Zwracany implant przed wysyłką **MUSI być wysterylizowany i zapakowany w sterylne opakowanie**, tak aby spełnione zostały wymogi dotyczące transportu materiałów stanowiących zagrożenie dla organizmów żywych.


## 3 krok

ROZPATRZENIE REKLAMACJI (trwa do 30 dni).

1. W przypadku **REKLAMACJI ROZPATRZONEJ POZYTYWNI** firma NeoBiotech wymieni implant, na pełnowartościowy, w tym samym rozmiarze co implant reklamowany.
2. Gwarancja nie obejmuje:
  - uszkodzeń wywołanych urazem, wypadkiem lub inną szkodą spowodowaną przez pacjenta bądź stronę trzecią,
  - przypadków upuszczenia implantu na podłogę.
  - przypadków nie właściwego dobór rozmiaru implantu do panujących warunków kostnych

Proszę pamiętać, że implanty i komponenty protetyczne muszą być stosowane zgodnie protokołem rekomendowanym przez producenta – firmę Neobiotech. Elementy, które nie były używane zgodnie z protokołem chirurgicznym lub protetycznym, nie będą podlegały wymienianiu.

**Aktualne procedury w implantologii wymagają od lekarza wykonania przed zabiegiem CT. Diagnostyka i planowanie implantacji na podstawie tomografii mają kluczowe znaczenie dla powodzenia zabiegu i stanowią integralną część danych diagnostycznych.**

DATA wpływu Reklamacji: Wypełnia Profident		DATA realizacji Reklamacji: Wypełnia Profident	
<b>INFORMACJE O LEKARZU</b>			
(PIECZĄTKA)		Imię i Nazwisko Lekarza	
		_____	
		_____	
<b>INFORMACJE O PRODUKCIE</b>			
KOD PRODUKTU: BIS _ _ _ _ _		 oryginalna naklejka / paszport implantu	
<b>POWÓD REKLAMACJI – DOKŁADNY OPIS PRZYPADKU</b>			
_____			
_____			
_____			
Data implantacji: _____		Miejsce wszczepienia implantu: _____	
Data Usunięcia implantu: _____			
Parametry Wyrostka <b>Wysokość:</b>		Parametry Wyrostka <b>Szerokość:</b>	
Parametry Wyrostka <b>Długość:</b>			
Data protezowania: _____		Wiek pacjenta: _____	
Płeć pacjenta: _____			
<b>Data wykonania badania tomograficznego:</b> _____			
Higiena jamy ustnej <input type="checkbox"/> doskonała <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> średnia <input type="checkbox"/> zła		Ilość tygodni od usunięcia zęba <input type="checkbox"/> natychmiast <input type="checkbox"/> 1-4 <input type="checkbox"/> 4-14 <input type="checkbox"/> 14-25 <input type="checkbox"/> Powyżej 25	
Przeciwwskazania i profil zdrowotny: <input type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> przyjmowane leki <input type="checkbox"/> palenie <input type="checkbox"/> nadużywanie alkoholu		<input type="checkbox"/> problemy z sercem <input type="checkbox"/> problemy hormonalne <input type="checkbox"/> parafunkcje <input type="checkbox"/> bruksizm	

ODLEGŁOŚĆ implantu od sąsiadujących zębów bądź kolejnych implantów			
JAKOŚĆ KOŚCI PACJENTA			
<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4
W większości twarda warstwa korowa kości	Gruba warstwa korowa kości otaczająca kość gąbczastą	Cienka warstwa korowa kości otaczająca kość gąbczastą o średniej gęstości	Cienka warstwa korowa kości otaczająca kość gąbczastą o małej gęstości
MORFOLOGIA KOŚCI PACJENTA			
<input type="checkbox"/> Minimalna, brak resorpcji kości		<input type="checkbox"/> Silna resorpcja postępująca w kierunku kości szczęki lub żuchwy	
<input type="checkbox"/> Umiarkowana resorpcja kości wyrostka zębodołowego		<input type="checkbox"/> Silna resorpcja kości, zachowana tylko kość szczęki lub żuchwy	

**PROSIMY WSKAZAĆ GŁÓWNY POWÓD USUNIĘCIA IMPLANTU:**

- Jakość kości i/lub niewystarczająca jej ilość
- Zapalenie tkanek wokół implantu
- Niewystarczająca higiena jamy ustnej
- Ból
- Czynniki zdrowotne pacjenta
- Drętwienie
- Przedwczesne obciążenie implantu
- Uraz
- Złamanie lub pęknięcie implantu
- Okluzja

Inny (proszę podać jaki): \_\_\_\_\_

Kontynuacja leczenia pacjenta: \_\_\_\_\_

**Dziękujemy za współpracę. W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt.**

**Uwaga:**

**Firma Neobiotech w szczególnych przypadkach może prosić o udostępnienie badania tomograficznego.**