

PROCEDURA REKLAMACYJNA implantów IS II Active 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 na adres mailowy: mateusz@profident.pl
 - 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 POZYTYWNE** 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	
INFORMACJE O LEKARZU			
Miejsce na pieczętkę		Imię i Nazwisko Lekarza 	
INFORMACJE O PRODUKCIE			
KOD PRODUKTU: BIS _ _ _ _		 Oryginalna naklejka / Paszport implantu	
POWÓD REKLAMACJI - DOKŁADNY OPIS PRZYPADKU			
Data implantacji: _____		Miejsce wszczepienia implantu: _____	
Data usunięcia implantu: _____			
Parametry wyrostka Wysokość: _____ Szerokość: _____ Długość: _____			
Data protezowania: _____		Wiek pacjenta: _____	
Płeć pacjenta: _____			
Data wykonania badania tomograficznego: _____			
Higiena jamy ustnej ☐ doskonała ☐ dobra ☐ średnia ☐ zła	Ilość tygodni od usunięcia zęba ☐ natychmiast ☐ 1-4 ☐ 4-14 ☐ 14-25 ☐ powyżej 25	Przeciwwskazania i profil zdrowotny ☐ cukrzyca ☐ przyjmowane leki ☐ palenie ☐ nadużywanie alkoholu ☐ problemy z sercem ☐ problemy hormonalne ☐ parafunkcje ☐ bruksizm	

ODLEGŁOŚĆ implantu od sąsiadujących zębów lub kolejnych implantów:

JAKOŚĆ KOŚCI PACJENTA

- ☐ **D1** W większości twarda warstwa korowa kości
- ☐ **D2** Gruba warstwa korowa kości otaczająca kość gąbczastą
- ☐ **D3** Cienka warstwa korowa kości otaczająca kość gąbczastą o średniej gęstości
- ☐ **D4** Cienka warstwa korowa kości otaczająca kość gąbczastą o małej gęstości

MORFOLOGIA KOŚCI PACJENTA

- ☐ Minimalna, brak resorpcji kości
- ☐ Umiarkowana resorpcja kości wyrostka zębodołowego
- ☐ Silna resorpcja postępująca w kierunku kości szczęki lub żuchwy
- ☐ 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: _____

UWAGA!

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

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