

## 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

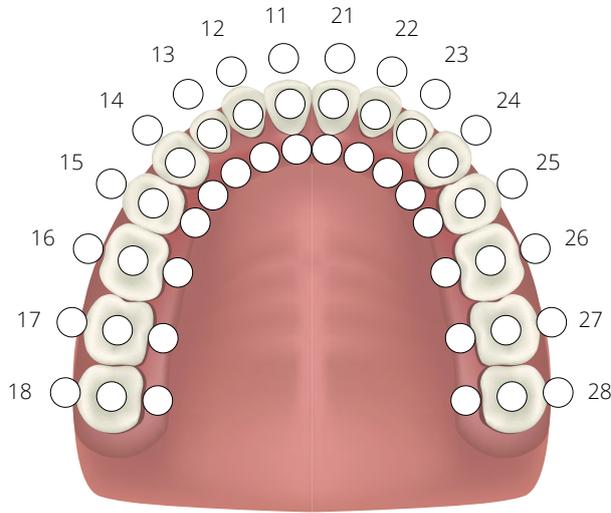
**Besonderheiten in der Patientenanamnese:**  Nein  Ja Wenn „Ja“, bitte Gesundheitsprofil beschreiben:

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <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):   |

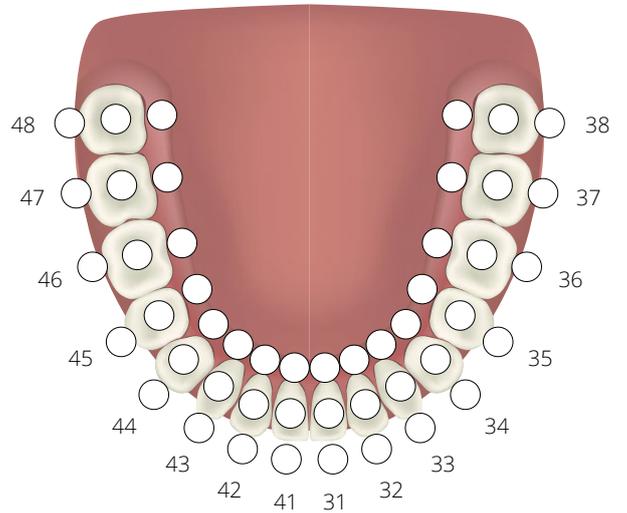
Andere: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_