

Please return item(s) **sterilized** and packed **separately!**

Возвращаемые изделия должны быть простерилизованы и упакованы по отдельности!

# Complaint Form

## Бланк претензии

*to be filled by selling location / заполняется торговой организацией:*

Selling Location/ DI Division: \_\_\_\_\_  
 Торговая организация/подразделение DI:

Complaint ref. no. of Selling Location/ DI Division: \_\_\_\_\_ **Complaint no:** \_\_\_\_\_  
 Номер претензии местной торговой организации/подразделения DI: **Номер претензии:**

### Customer/User

#### Заказчик

Customer ID \_\_\_\_\_  
 Идентификационный номер заказчика

Name \_\_\_\_\_  
 Название

Street \_\_\_\_\_  
 Улица

Address \_\_\_\_\_  
 Адрес

Contact/ Phone \_\_\_\_\_  
 Контактное лицо/телефон

**or Practice Stamp**  
**или печать лечебного учреждения**

### Failed product (Implant, Component, Tool, etc.) / Поврежденное изделие (имплантат, компонент, инструмент и т.д.)

Astra Tech Implant System       Ankylos       Frialit/ Xive       \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Catalog no. \_\_\_\_\_ Lot no. \_\_\_\_\_  unknown  
 Название изделия      Артикул      Номер партии      нет информации

Concomitant product: \_\_\_\_\_  
 Сопутствующее изделие

### Event / Событие      Date of Event / Дата события \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- No Primary Stability**       **Implant Loss**       **Fracture of Implant**  
 Отсутствие первичной стабильности      Отторжение имплантата      Фрактура имплантата
- Other Surgical or Insertion Issue** (please describe below)  
 Другая хирургическая проблема или проблема с установкой (пожалуйста, опишите ниже)
- Abutment Fracture**       **Screw Fracture**       **Loosening**       **Fit Issue**  
 Перелом абатмента      Перелом винта      Развинчивание      Проблема с посадкой
- Tool Issue** (please describe below)  
 Проблема с инструментом (пожалуйста, опишите ниже)
- Other** (please describe below)  
 Другое (пожалуйста, опишите ниже)

### Additional Information/Description / Дополнительная информация/описание

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Position / Расположение</b>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	R															L
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**Patient Information** Identifier \_\_\_\_\_  
**Информация** идентификационный номер

**Oral Hygiene**  excellent  fair  poor  
**Гигиена полости рта** Отлично Удовлетворительно Неудовлетворительно  
**Bone Quality**  I  II  III  IV  
**Качество кости**  
**Medical History**  Smoker  Diabetes  Bruxism  
**Общее состояние здоровья** Курение Диабет Бруксизм

**Chewing / Bite Habits** \_\_\_\_\_  
**Особенности жевания**

**Others / Прочее** \_\_\_\_\_

**Date of / Дата** Implant placement \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Immediate Impl. Placement  yes / Да  no / Нет  
**Установки имплантата** Немедленная установка  
 Loss/ explantation \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Immediate Loading  yes / Да  no / Нет  
**Отторжения/извлечения** Немедленная нагрузка  
 Prosthetic Restoration \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Type of abutment \_\_\_\_\_  
**Начала протезирования** Тип абатмента

**Time of Implant Loss/ Explantation**  Healing Period  Re-entry  Prior to Functional Loading  After Functional Loading  
**Момент отторжения / извлечения** Период заживления Повторный вход До функциональной нагрузки После функциональной нагрузки

**Healing**  Subgingival  Transgingival  
**Заживление** Субгингивально Трансгингивально

**Augmentation**  Preoperative  At Time of Implant Placement  None  
**Аугментация** До имплантации Во время имплантации Не было

Grafting Materials \_\_\_\_\_  
**Трансплантат**

**Implant Site Preparation**  Bone Condensing  Bone Expanding  Bone Spreading  
**Подготовка ложа имплантата** Конденсация кости Расширение кости Раздвижение кости  
 Drilling  Thread Cutter Others \_\_\_\_\_  
 Препарирование Метчик резьбы Другие

**Diagnostic Findings before Explantation**  Infection  Mobility  Osteolysis  
**Данные обследования до извлечения имплантата** Инфекция Подвижность Остеолизис  
 Occlusal Overload  Progressive Bone Loss  Periimplantitis  
 Оклюзионная перегрузка Прогрессирующая потеря кости Периимплантит

**Prosthetic Treatment**  Cemented  Complete Denture  Only Implant supported  Removable Bridge  
**Ортопедическое лечение** Цементная фиксация Полный протез Только с опорой на имплантат Съёмный мостовидный протез  
 Fixed Bridge  Fixed Partial Denture  Removable Partial Denture  Screw Retained  
 Несъёмный мостовидный протез Несъёмный частичный протез Частичный съёмный протез Винтовая фиксация  
 Implant/ Tooth supported  Single Tooth  
 С опорой на имплантат/зуб Одиночный зуб

**Additional Comments** \_\_\_\_\_  
**Дополнительная информация**

Item enclosed  other attachments \_\_\_\_\_  
 Изделие приложено Другие приложения

Item will be sent subsequently \_\_\_\_\_  
 Изделие будет отправлено позже

Item won't be returned because \_\_\_\_\_  
 Изделие не будет возвращено по причине

**Date** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_  
**Дата** Подпись

## ТРЕБОВАНИЯ К ПРОДУКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМОЙ ПО ГАРАНТИИ (ИМПЛАНТАТЫ И КОМПОНЕНТЫ)

Согласно СанПиН 2.1.3684-21 перед передачей продукция должна быть:

1. Обеззаражена аппаратным способом обеззараживания с применением физических методов и изменения внешнего вида, исключающего возможность повторного применения продукции.
2. Собрана хозяйствующим субъектом, осуществляющим обращение медицинских отходов, в упаковку любого цвета, кроме желтого и красного.
3. Упаковка должна иметь маркировку, свидетельствующую о проведенном обеззараживании отходов, и содержать следующую информацию: «Отходы класса Б, обеззараженные», наименование организации и ее адрес в пределах места нахождения, дата обеззараживания продукции.
4. После осуществления действий, указанных в п.1-3 продукция должна передаваться в одноразовых не прокалываемых влагостойких емкостях (контейнерах), которые должны иметь плотно прилегающую крышку, исключающую возможность самопроизвольного вскрытия.



«Отходы класса Б, обеззараженные»

Наименование организации \_\_\_\_\_

Адрес организации \_\_\_\_\_

Дата обеззараживания \_\_\_\_\_