

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

Повернені вироби повинні бути простерилізовані та упаковані окремо!

# Complaint Form

## Бланк претензії

*to be filled by selling location / заповнюється торговою організацією*

Selling Location/ DI Division: \_\_\_\_\_  
Торгова організація/підрозділ DI

Complaint ref. no. of Selling Location/ DI Division: \_\_\_\_\_ **Complaint no:** \_\_\_\_\_  
Номер претензії місцевої торгової організації/підрозділу DI **Номер претензії**

### Customer/User

#### ЗАМОВНИК

Customer ID \_\_\_\_\_  
Ідентифікаційний номер замовника

Name \_\_\_\_\_  
Назва  
Street \_\_\_\_\_  
Вулиця  
Address \_\_\_\_\_  
Адреса  
Contact/ Phone \_\_\_\_\_  
Контактна особа/телефон

**or Practice Stamp**  
або печатка лікувального закладу

### Failed product (Implant, Component, Tool, etc.) / Пошкоджений виріб (імплантат, компонент, інструмент)

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

Name \_\_\_\_\_ Catalog no. \_\_\_\_\_ Lot no. \_\_\_\_\_  unknown  
Назва виробу    Артикул    Номер партії    немає інформації

Concomitant product: \_\_\_\_\_  
Супутній виріб

Event / Подія \_\_\_\_\_ Date of Event / Дата події \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- No Primary Stability**     **Implant Loss**     **Fracture of Implant**  
Відсутність первинної стабільності    Відторгнення імплантату    Фрактура імплантату
- Other Surgical or Insertion Issue** (please describe below)  
інша хірургічна проблема або проблема з встановленням (будь ласка опишіть нижче)
- Abutment Fracture**     **Screw Fracture**     **Loosening**     **Fit Issue**  
Перелом абатменту    Перелом гвинта    Розгвинтування    Проблема з посадкою
- Tool Issue** (please describe below)  
Проблема з інструментом (будь ласка опишіть нижче)
- Other** (please describe below)  
Інше (будь ласка опишіть нижче)

Additional Information/Description / Додаткова інформація/опис

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Position / Розташування | 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** Identifier \_\_\_\_\_  
**Інформація** ідентифікаційний номер

- Oral Hygiene**  excellent  fair  poor  
**Гігієна ротової порожнини** Відмінно Задовільно Незадовільно
- Bone Quality**  I  II  III  IV  
**Якість кістки**
- Medical History**  Smoker  Diabetes  Bruxism  
**Загальний стан здоров'я** Паління Діабет Бруксизм

**Chewing / Bite Habits** \_\_\_\_\_  
**Особливості жування**

**Others / Інше** \_\_\_\_\_

**Date of / Дата** Implant placement \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Immediate Impl. Placement  yes / Так  no / ні  
**Встановлення імплантату** Негайне встановлення

Loss/ explantation \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Immediate Loading  yes / Так  no / ні  
**Відторгнення/вилучення** Негайне навантаження

Prosthetic Restoration \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Type of abutment \_\_\_\_\_  
**Початок протезування** Тип абатменту

**Time of Implant Loss/ Explantation**  Healing Period  Re-entry  Prior to Functional Loading  After Functional Loading  
**Період відторгнення/вилучення** Період загоєння Повторний вхід До функціонального навантаження Після функціонального навантаження

**Healing**  Subgingival  Transgingival  
**Загоєння** Субгінгівально Трансгінгівально

**Augmentation**  Preoperative  At Time of Implant Placement  None  
**Аугментація** До імплантації Під час імплантації Не було

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

**Implant Site Preparation**  Bone Condensing  Bone Expanding  Bone Spreading  
**Підготовка ложа імплантату** Конденсація кістки Розширення кістки Розсування кістки

Drilling  Thread Cutter  Others \_\_\_\_\_  
**Препарування** Мітчик різьби Інші

**Diagnostic Findings before Explantation**  Infection  Mobility  Osteolysis  
**Дані обстеження до вилучення імплантату** Інфекція Рухомість Остеолизис

Occlusal Overload  Progressive Bone Loss  Periimplantitis  
**Оклюдійне перевантаження** Прогресуюча втрата кістки Періімплантит

**Prosthetic Treatment**  Cemented  Complete Denture  Only Implant supported  Removable Bridge  
**Ортопедичне лікування** Цементна фіксація Повний протез Тільки з опорою на імплантат Знімний мостоподібний протез

Fixed Bridge  Fixed Partial Denture  Removable Partial Denture  Screw Retained  
**Незнімний мостоподібний протез** Незнімний частковий протез Частковий знімний протез Гвинтова фіксація

Implant/ Tooth supported  Single Tooth  
**З опорою на імплантат/зуб** Поодинокий зуб

**Additional Comments** \_\_\_\_\_  
**Додаткова інформація**

- Item enclosed  other attachments \_\_\_\_\_  
**Виріб додається** **Інші додатки**
- Item will be sent subsequently \_\_\_\_\_  
**Виріб буде відправлений пізніше**
- Item won't be returned because \_\_\_\_\_  
**Виріб не буде повернено у випадку**

**Date** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_  
**Дата** **Підпис**