

# Formulář záručního programu LASAK

Evidenční číslo

Interní číslo

Společnost LASAK si vždy cení zpětné vazby od uživatelů svých produktů. Ta jí pomáhá pochopit vlastnosti produktů v nejvyšší možné míře a dostát kladeným požadavkům.

**Vyplňte prosím formulář** níže a tehdy, kdy je to možné, zašlete vystерilizovaný **explantovaný produkt s odpovídající dokumentací, jak je popsáno na konci tohoto formuláře** (bude navraceno na vyžádání).

## A) INFORMACE O ZÁKAZNÍKOVÍ

Fakturační adresa:

Název: \_\_\_\_\_

Jméno lékaře: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Korespondenční adresa:

Název: \_\_\_\_\_

Ulice: \_\_\_\_\_

Město: \_\_\_\_\_

Země: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa:

Název: \_\_\_\_\_

Ulice: \_\_\_\_\_

Město: \_\_\_\_\_

Země: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

## B) INFORMACE O PRODUKTU

Katalogové číslo: \_\_\_\_\_ Číslo šarže: \_\_\_\_\_

Datum zavedení/nasazení: \_\_\_\_\_ Datum události/odstranění: \_\_\_\_\_ Lokalita: \_\_\_\_\_

Byl produkt upraven? ☐ Ano ☐ Ne Pokud ano, jak? \_\_\_\_\_Chcete produkt nahradit stejným produktem? ☐ Ano ☐ Ne Pokud ne, uveďte katalog. č.: \_\_\_\_\_

## C) VYPLŇTE PRO IMPLANTÁTY

Jaká byla kvalita kosti v místě implantace (typ)? ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IVZaváděcí moment během implantace: ☐ <20 Ncm ☐ 20–40 Ncm ☐ 41–60 Ncm ☐ >60 NcmByla použita zahluovací fréza? ☐ Ne ☐ AnoByl použit závitník? ☐ Ne ☐ AnoByla použita vidlice vodicího klíče? ☐ Ne ☐ AnoZpůsob zavedení: ☐ Ručně (nástroje LASAK) ☐ Ručně (jiné nástroje) ☐ Zaváděč – mechanickýProběhla oseointegrace implantátu? ☐ Ne ☐ Ano ☐ IrelevantníPřerostla kost přes implantát? ☐ Ne ☐ Ano ☐ IrelevantníByla provedena augmentace? ☐ Ne ☐ Sinus ☐ Alveol ☐ JindeByla použita membrána? ☐ Ne ☐ Resorbovatelná ☐ Neresorbovatelná Použitý materiál: \_\_\_\_\_Byly použity materiály pro kostní regeneraci? ☐ Ne ☐ Ano, použitý materiál: \_\_\_\_\_

Vyskytly se během chirurgického zákroku komplikace v místě preparace? (Prosím označte všechny, které nastaly.)

☐ Periapikální nálezh sousedních zubů ☐ Zánět měkkých tkání ☐ Lokální infekce ☐ Onemocnění parodontu ☐ Nedošlo ke komplikacím

Jaké komplikace byly pozorovány v průběhu ošetření? (Prosím označte všechny platné.)

☐ Absces ☐ Otok ☐ Krvácení ☐ Dehiscence ☐ Fistula ☐ Hypersenzitivita☐ Zánět ☐ Pohybivost ☐ Parestezie ☐ Bolestivost ☐ Bez příznaků ☐ Jiné: \_\_\_\_\_

Jaké okolnosti ovlivnily výsledek ošetření? (Prosím označte všechny platné.)

☐ Sousedství s endodonticky ošetřeným zubem ☐ Biomechanické přetížení ☐ Resorpce kosti ☐ Bruxismus☐ Okamžitá poextrakční implantace ☐ Fraktura implantátu ☐ Infekce ☐ Zasažení nervu☐ Úraz/nehoda ☐ Periimplantitida ☐ Špatná kvalita/objem kosti ☐ Předcházející augmentace kosti☐ Perforace sinu ☐ Tlak jazykaByla nasazena suprakonstrukce? ☐ Ne ☐ Ano, datum: \_\_\_\_\_ Typ: ☐ Korunka ☐ Most, rozsah: \_\_\_\_\_ ☐ Jiný: \_\_\_\_\_

Byly použity výhradně originální protetické díly LASAK, bez kombinace s díly jiného výrobce?

☐ Ano ☐ Není známo ☐ Ne, výrobce a typ použitých dílů: \_\_\_\_\_Byl dodržen interval kontrol? ☐ Ne ☐ Ano, stanovený interval: \_\_\_\_\_Úroveň hygieny: ☐ Výborná ☐ Dobrá ☐ Dostatečná ☐ Nedostatečná

Důvod, proč došlo k události (stanovisko lékaře): \_\_\_\_\_

## D) VYPLŇTE PRO PROTETICKÉ KOMPONENTY (KONSTRUKCE BIOCAM® A PILÍŘE)

Číslo obj. BioCam®: \_\_\_\_\_ Kdy došlo k události: ☐ Před nasazením ☐ Při nasazení ☐ Během užívání ☐ Jiný: \_\_\_\_\_

Typ náhrady: ☐ Korunka ☐ Most ☐ Snímatelná částečná (horní) ☐ Snímatelná částečná (dolní) ☐ Celková (horní)  
☐ Celková (dolní) ☐ Jiný: \_\_\_\_\_

Byla použita ráčna (s momentovým adaptérem)? ☐ Není známo ☐ Ne ☐ Ano, použitý krouticí moment (Ncm): \_\_\_\_\_

Datum nasazení pilíře: \_\_\_\_\_ Datum odstranění pilíře: \_\_\_\_\_

Datum nasazení provizorní náhrady: \_\_\_\_\_ Datum nasazení definitivní náhrady: \_\_\_\_\_

Byl dodržen interval kontrol? ☐ Ne ☐ Ano, stanovený interval: \_\_\_\_\_

Popište prosím událost: \_\_\_\_\_

## E) VYPLŇTE PRO NÁSTROJE

Ujistěte se, že nástroje byly **řádně vyčištěny** a **zkontrolovány** před jejich vrácením. Špatná funkčnost nástrojů je často způsobena reziduální kontaminací.

Počet použití (řezných nástrojů): ☐ První použití ☐ 2–5 ☐ 6–10 ☐ 10–20 ☐ Více než 20

Použitá metoda čištění: ☐ Ručně ☐ Ultrazvukem ☐ Termodezinfekcí ☐ Jiná: \_\_\_\_\_

Použitý dezinfekční prostředek: ☐ Ne ☐ Ano, typ: \_\_\_\_\_

Sterilizace: ☐ V autoklávu ☐ Suchým teplem ☐ Chemická ☐ Jiná: \_\_\_\_\_

Důvod k reklamaci: ☐ Rez ☐ Jiný: \_\_\_\_\_

## F) NEZBYTNÉ INFORMACE

Aby mohly být produkty nahrazeny v rámci Záruky LASAK, musí být splněny podmínky uvedené níže:

- **Byly použity originální chirurgické a protetické díly** společnosti LASAK, a to výhradně a nikoli v kombinaci s výrobky kteréhokoli jiného výrobce.
- Produkty musí být vráceny během **60 dnů** od data události.
- Všechny vrácené položky musí být dodány **sterilní a označeny jako sterilní**.
- Vrácené položky musí být doručeny **v ochranném obalu**, zvolený způsob dopravy musí umožňovat sledování zásilky.
- Tento vyplněný formulář záručního programu LASAK musí být doručen společně s vrácenými položkami.
- Detailní zpráva o ošetření, relevantní RTG snímky (OPG, CT) před a po operaci, po zatížení, před a po selhání, včetně fotodokumentace musí být doručeny do společnosti LASAK společně s tímto formulářem (pokud jsou k dispozici).
- Všechny informace musí být v češtině nebo slovenštině.

Vše zašlete na adresu: LASAK s.r.o.  
Českobrodská 1047/46  
Hloubětín, 190 00 Praha 9  
Česká republika

Dotazy: Telefon: +420 224 315 663  
E-mail: [zaruka@lasak.cz](mailto:zaruka@lasak.cz)

Společnost LASAK vyhodnotí poskytnuté informace, posoudí vrácené produkty a určí, zda byly splněny podmínky pro nahrazení produktu v rámci Záruky LASAK.

## G) POZNÁMKY

## H) PODPIS

Prohlašuji, že rozumím podmínkám Záruky LASAK a že informace zde poskytnuté jsou pravdivé a přesné.

Podpis lékaře: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_