

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 vysterilizovaný **explantovaný produkt s odpovídající dokumentací, jak je popsáno na konci tohoto formuláře** (bude navraceno na vyžádání).

A) INFORMACE O ZÁKAZNÍKOVĚ

Fakturační adresa:

Název: _____

Jméno lékaře: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Korespondenční adresa:

Název: _____

Ulice: _____

Město: _____

Země: _____ PSC: _____

Doručovací adresa:

Název: _____

Ulice: _____

Město: _____

Země: _____ PSC: _____

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 IV

Zaváděcí moment během implantace: <20 Ncm 20–40 Ncm 41–60 Ncm >60 Ncm

Byla použita zahlubovací fréza? Ne Ano

Byl použit závitník? Ne Ano

Byla použita vidlice vodicího klíče? Ne Ano

Způsob zavedení: Ručně (nástroje LASAK) Ručně (jiné nástroje) Zavaděč – mechanický

Proběhla oseointegrace implantátu? Ne Ano Irelevantní

Přerostla kost přes implantát? Ne Ano Irelevantní

Byla provedena augmentace? Ne Sinus Alveol Jinde

Byla použita membrána? Ne Resorbovatelná Neresorbovatelná Použitý materiál: _____

Byly použity materiály pro kostní regeneraci? Ne Ano, použitý materiál: _____

Došlo během chirurgického zákroku k některé z uvedených komplikací? (Prosím označte všechny, které nastaly.)

Komplikace v místě preparace Zánět měkkých tkání Lokální infekce Onemocnění periodontu Subakutní chronická ostitis

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

Absces Otok Krvácení Dehiscence Fistula Hypersenzitivita

Zánět Pohyblivost 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

Přehřátí kosti Periimplantitida Špatná kvalita/objem kosti Předcházející augmentace kosti

Perforace sinu Tlak jazyka Úraz/nehoda

Byla nasazena suprakonstrukce? Ne Ano, datum: _____ Typ: Korunka Most Rozsah mostu: _____

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)? Neznámo 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:

- 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 zásilků.
- 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
190 01 Praha 9 – Hloubětín
Česká republika

Dotazy: Telefon: +420 224 315 663
E-mail: 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: _____