

Медицинское изделие должно быть упаковано в крафт-пакет с одной прозрачной стороной и простерилизовано (прикрепить сюда)

Дата заполнения	День			Месяц			Год		
							2	0	

## Бланк рекламации

### Инструкция по заполнению (Instructions for a completion)

- 1.1 Бланк рекламации заполняется разборчиво, печатными буквами.
- 1.2. Все соответствующие пункты отмечаются галочками (v). **Все поля обязательны для заполнения!**
- 1.3. В разделах с датами вписывается день, месяц и год полностью.
- 1.4. К бланку прикрепляется оригинальный стикер-наклейка с упаковки имплантата, содержащий штрих код или QR-код, или фотография в высоком разрешении, где четко видно номер партии.
- 1.5. **Перед отправкой имплантата для оценки компанией Neobiotech Co., Ltd. имплантат должен быть простерилизован. Каждый имплантат следует отправлять по отдельности, вместе с заполненной формой.**
- 1.6. Внизу бланка обязательно ставится подпись врача с расшифровкой и печать организации (ЛПУ) и/или личная печать врача (при наличии).
- 1.7. **На каждый имплантат заполняется отдельная рекламация!**
- 1.8. Срок рассмотрения рекламационного обращения до 15 рабочих дней.

Извещение о несостоятельности имплантата (№)	Дата заполнения	День			Месяц			Год		
								2	0	

### 1. Информация о организации и враче, выполнявшем операцию (Practitioner Information)

Ф.И.О. хирурга: \_\_\_\_\_

Название организации: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Адрес организации: \_\_\_\_\_ Тел: \_\_\_\_\_

Город (населённый пункт): \_\_\_\_\_ Улица, № дома: \_\_\_\_\_

### 2. Информация о пациенте (Patient info)

Стом. карта № \_\_\_\_\_ Пол :  М  Ж Возраст: \_\_\_\_\_

#### Анамнез

- Гипертония  Сахарный диабет  Заболевания сердца  Рак  Бруксизм  Курение (Tobacco Use)
- Заболевания щитовидной железы  Другое (Поясните): \_\_\_\_\_

Гигиена полости рта:  Хорошая  Средняя  Неудовлетворительная

Плотность кости:  D1  D2  D3  D4

### 3. Информация об операции (Surgery information)

Дата установки имплантата: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата удаления имплантата: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### Вид операции:

- Традиционная 2-этапная  Одноэтапная
- Имплантат был установлен с полным ушиванием лоскута
- Установлен формирователь десны
- Немедленная установка
- Немедленная нагрузка

#### Локализация имплантата (№ зуба)

#### Полный артикул имплантата

	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"/>	
<b>R</b>	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
	<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	

**L**

место для стикера

