



KWESTIONARIUSZ KOMPONENTU PROTETYCZNEGO

Sekcja zarezerwowana dla Global D i partnerów:

Otrzymano przez:

Nr rejestracyjny (jeśli dotyczy):

Data:

Nr sprawy:

Wymagane załączniki do rozpatrzenia sprawy

1. Wszystkie dostępne zdjęcia RTG z etapów leczenia.
2. Zakwestionowany(e) produkt(y) oraz korona, oczyszczone, zdekontaminowane i wysterylizowane, z podaniem kodu klienta oraz inicjałów pacjenta na opakowaniu(ach) sterylizacyjnym(ych).

1. DANE KLIENTA / LEKARZA

Kod klienta (patrz WZ lub faktura):

Nazwa klienta:

Email :

2. DANE PACJENTA

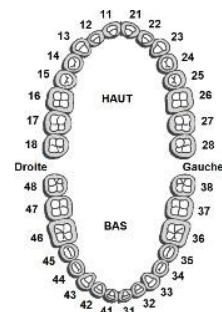
Inicjały pacjenta (3 pierwsze litery nazwiska / 3 pierwsze litery imienia):

Nr zęba:

Wiek :

Płeć : M K

Pacjent z bruksizmem: Tak Nie



3. KONTROLA PACJENTA

Opisać poniżej wszystkie informacje istotne do analizy przypadku (stan przyzębia, utrata zębów w trakcie leczenia, zmiany w zgryzie, ząb przeciwstawny itp.)

.....

.....

.....

Czy wystąpiła wcześniej nieprawidłowość w tym samym obszarze? Tak Nie

Liczba wizyt kontrolnych / obserwacyjnych pacjenta: Data ostatniej wizyty kontrolnej:

4. DANE PRODUKTU

Element protetyczny: Numer referencyjny: Data wszczepienia:
Numer serii: Data wystąpienia nieprawidłowości:
Jeśli nieznanne, podać dostępne informacje: linia produktu, połączenie protetyczne (ST, tylny/2Ex): Data usunięcia:
(jeśli ≠ data wystąpienia nieprawidłowości)

Implant : Numer referencyjny: Data wszczepienia:
Numer serii: Data usunięcia:
(dotyczące implantu: jeśli dotyczy, opisać w §5)

Proteza : Metalowo-ceramiczna (CCM) Monolityczna cyrkonia
(jeśli dotyczy) Warstwowa cyrkonia Inne :

5. OPIS NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Opisać dokładnie rodzaj nieprawidłowości oraz okoliczności jej wystąpienia (złamanie koronowe/dziąsłowe, niemożność usunięcia/montażu, uszkodzenie główki śruby, deformacja sześciokąta śruby, złamanie śruby, itp.)

.....

.....

.....

7. OPIS UŻYCIA INSTRUMENTU POMOCNICZEGO ORAZ PODJĘTYCH / PLANOWANYCH DZIAŁAŃ

Opisać poniżej, jaki instrument pomocniczy został użyty (Global D lub inny producent), zastosowany moment dokręcania, powodzenie lub brak powodzenia usunięcia oraz podjęte lub planowane działania

Powodzenie procedury: Tak Nie Moment dokr.: N.cm

Nr ref. instrumentu:

Opis:

.....

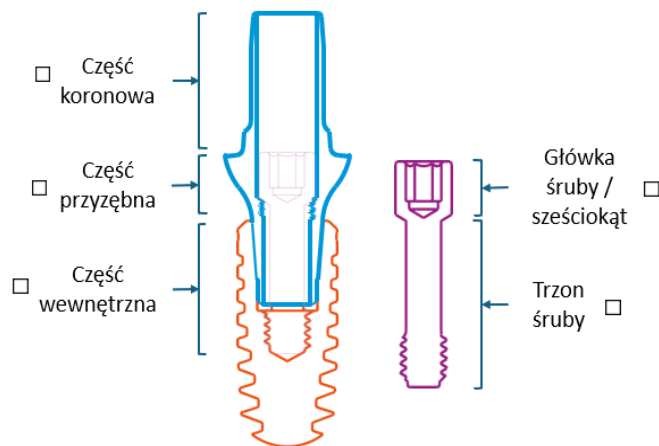
.....

.....

6. ILUSTRACJA NIEPRAWIDŁOWOŚCI

(przedstawienia ogólne wyłącznie w celach poglądowych)

Wybrać odpowiedni obszar



⚠ Jeśli e-mail nie otworzy się automatycznie, zapisz formularz i wyślij go pocztą elektroniczną

FM11-06D_03 – Data obowiązywania 24/06/2026

Niniejszy dokument stanowi wyłączną własność Global D i nie może być reprodukowany ani przekazywany osobom trzecim bez wyraźnej zgody Global D