



KWESTIONARIUSZ IMPLANT CMF

Sekcja zarezerwowana dla Global D i partnerów:

Otrzymano przez:

Nr rejestracyjny (jeśli dotyczy):

Data:

Nr sprawy:

1. DANE KLIENTA / LEKARZA

Kod klienta (patrz WZ lub faktura):

Imię i nazwisko lekarza:

Email:

2. DANE PACJENTA

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

Lokalizacja (nr zęba lub miejsce: szczęka, żuchwa, czaszka):

Gęstość kości w miejscu implantacji : Kość typu D1 Kość typu D2 Kość typu D3 Kość typu D4

3. WYWIAD PACJENTA / OBSERWACJA

Proszę opisać poniżej wszystkie informacje istotne dla analizy przypadku (stan zdrowia pacjenta, choroby, uzależnienia, aktualne leczenie, wywiad CMF, wywiad fizjoterapeutyczny CMF, wywiad pozatwarzowy, higiena jamy ustnej itp.).

.....
.....
.....

4. DANE PRODUKTU

Implant z nieprawidłowością :

Kategoria produktu (płytko, śruba itp.) :

Numer referencyjny :

Numer serii :

Data wszczepienia :

Data zdarzenia: Data usunięcia:

Jeśli nieznane, podać dostępne informacje :

Produkt w interakcji (jeśli dotyczy) :

Kategoria produktu (płytko, śruba, oś, rękojeść itp.) :

Numer referencyjny :

Numer serii :

Jeśli nieznane, podać dostępne informacje:

.....

.....

5. TYP NIEPRAWIDŁOWOŚCI / WPŁYW NA PACJENTA

Moment wystąpienia nieprawidłowości :

Śródoperacyjnie : Jeśli tak, podać (dopasowanie, zmiana lub demontaż materiału, zmiana planu leczenia itp.):

Pooperacyjnie : Jeśli tak, podać (leczenie farmakologiczne, usunięcie materiału, reoperacja itp.) :

Wstępne nawiercanie : Tak Nie Jeśli tak, \emptyset wiertła:mm

Technika wkręcania : Ręczna Z użyciem silnika Przy użyciu silnika, moment dokr.:N.cm

Dopasowanie płytki : Tak Nie Jeśli tak, liczba dopasowań:

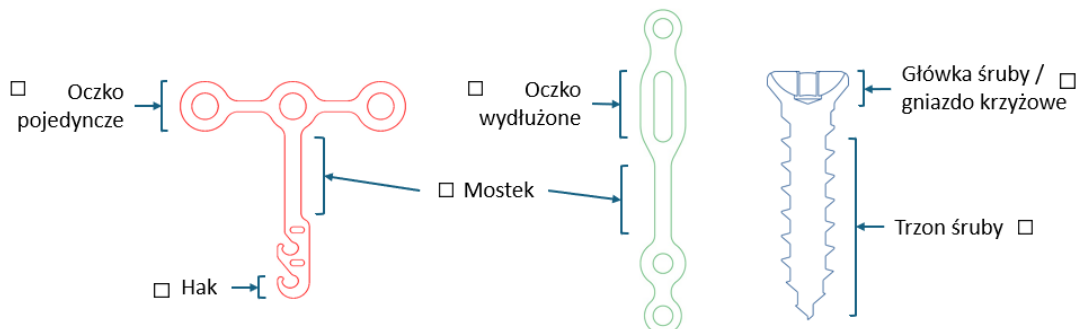
6. OPIS NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Proszę dokładnie opisać rodzaj nieprawidłowości (złamanie oczka/mostka/haka, deformacja, problem z opakowaniem, utlenianie, ruchomość produktu itp.) oraz okoliczności jej wystąpienia.

.....
.....
.....

7. ILUSTRACJA NIEPRAWIDŁOWOŚCI (przedstawienia ogólne wyłącznie w celach poglądowych)

Proszę zaznaczyć odpowiedni obszar.



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

FM11-061_01 – 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