

Please send to / Bitte senden an:

EU Customer	Swiss/International Customer	US Customer
SDS Deutschland GmbH Warenannahme Bücklestraße 5a 78467 Konstanz	SDS Swiss Dental Solutions AG Warenannahme Konstanzerstrasse 11 CH-8280 Kreuzlingen	SDS Swiss Dental Solutions USA, Inc. Receiving department 34 Main Street Ext. Suite 202 Plymouth MA 02360 USA

In order to process this notification form, we request an accurately completed notification form + x-rays + failed product.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Bearbeitung von Meldungsfällen nur mit vollständig ausgefülltem Meldungsformular+ Röntgenbildern + reklamierten Produkt möglich ist.

Please complete a separate notification form for each failed product. Please mail all supporting documentation, including this accurately completed notification form to our office along with the explanted, sterilized implant (post, drill or other product) in a sealed autoclave pouch. The full X-ray documentation should also be included in this mailing to qualify for reimbursement.

Bitte füllen Sie für jeden Schadensfall jeweils ein Meldungsformular aus.

Wir bitten daher um eine vollständig ausgefüllte Dokumentation, sowie um die Zusendung des explantierten, sterilisierten Implantates (Pfosten, Bohrer oder andere Produkte) in einer Einschweißfolie und der vollständigen Röntgendokumentation, um die Erstattung zu ermöglichen.

All information included within this notification form and any supporting documentation will be treated confidentially!

Alle Daten werden vertraulich behandelt,
alle involvierten Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Thank you for your cooperation!
Vielen Dank für Ihre Kooperation!

1. Practice stamp / Praxisstempel

Name of implantologist / Behandler:

2. Patient-ID/Initials / Patienten-ID/Namenskürzel: _____

Age / Alter: _____

3. Detailed description of incident / Meldefall: Wie kam es zu dem Vorfall:

Please describe the incident / Bitte Vorfall hier beschreiben

4. Patientinformation: Impact to patient / Patient verletzt

No / Nein

Yes, please describe / Ja, bitte genau beschreiben: _____

5. Implant/Post/ Drill /other accessories / Implantat/Pfosten/Bohrer/weiteres Zubehör

Please complete a notification form for each claim. / Bitte füllen Sie für jeden Schadensfall jeweils ein Meldungsformular aus.

REF	LOT	Description / Beschreibung	Product will be returned, if "no", please explain. Produkt wird eingeschendet, wenn nicht bitte begründen.
			<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein: _____
			<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein: _____
			<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein: _____
			<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein: _____

6. Details of implantation / Angaben zur Implantation:

6.1 Position of implant / Implantatposition: _____

6.2 Date of implantation / Datum der Implantat-Insertion: _____

6.3 Date of implant removal / Datum der Implantat-Explantation: _____

- 6.4 Type of implantation / Art der Implantation:
- Immediate implantation / Sofortimplantation Late implantation / Spätimplantation
 - Delayed immediate implantation / verzögerte Sofortimplantation
- 6.5 Insertion torque / Drehmoment beim Einbringen: _____ Ncm
Anycheck Index _____
- 6.6 Bone quality / Knochenqualität D1 D2 D3 D4
- 6.7 Type of protection during osseointegration / Art des Schutzes in der Einheilphase:
- Long-term temporary / LZP Prosthesis / Prothese Protective rail / Schutzschiene
 - None / ohne
- 6.9 Vitamin D3 value the implantation day / Vitamin D3 Wert am OP-Tag _____ ng/ml
- 6.10 Vitamin D3 value the explantation day / Vitamin D3 Wert am Explantations-Tag _____
- 6.11 Connective tissue healing / Bindegewebige Einheilung Yes / Ja
Implant retightened / Implantat nachgedreht: No / Nein Yes / Ja: _____ Ncm
- 7. Further information to the op / Besonderheiten während der Implantation:**
- 7.1 Augmentation: simultaneous / zeitgleich pre-operative / präoperativ
- PRF PRF + autogenous bone autogenous bone
 - Bone graft material / mit Knochenersatzmaterial: _____
 - Others (Collagen membrane, etc.) / Sonstiges (Kollagenmembran, etc): _____
- 7.2 Sinus elevation / Sinuslift:
- Internal sinus lift / interner Sinuslift External sinus lift / externer Sinuslift Intralift™ etc.
- 8. Prosthetic restoration / Prothetische Versorgung:**
- 8.1 Temporary restoration / provisorische Versorgung
- Final prosthetic restoration / definitive prothetische Restauration
 - Post cemented / Pfosten zementiert
 - Post screwed + cemented / Pfosten geschraubt + zementiert
- 8.2 Crown / Krone Bridge / Brücke Removable / Herausnehmbar

9. Patient, specific features of the patient (parafuncions and health factors) /

Vorliegende Erkrankungen/ Auffälligkeiten bei dem Patienten

- multimorbid patient / Multimorbider Patient smoker / Raucher alcohol / Alkohol
 diabetes / Diabetes bruxism / Bruxer limited oral hygiene / Eingeschränkte
Mundhygiene

Other medical factors / Andere medizinische Faktoren: _____

- Yes, I wish a personal evaluation of this notification with my SDS area sales manager.
Ich wünsche eine persönliche Meldungsauswertung und möchte einen Termin mit
einem SDS-Ansprechpartner.

Checklist: Required documents and products / Notwendige Dokumente und Produkte

- X-RAY / Röntgenbilder**
 Product/ Produkt
 Notification form / Meldeformular

Place, date/ Ort, Datum

Signature, Unterschrift

Schadensabwicklung für SDS Implantate und Pfosten

Frakturen werden zu jedem Zeitpunkt zu 100% ersetzt – „LIFETIME WARRANTY“.

Material und/oder Herstellungsfehler werden zu 100% ersetzt.

Andere eingereichte Schadensfälle ersetzt SDS innerhalb der ersten 6 Monate nach Implantation, wenn:

- a) Persönliche Implantationsquote > 80%, es werden 100% ersetzt.
- b) Persönliche Implantationsquote < 80%, es werden 50% ersetzt.

Anwendungs- und/oder Handlingfehler, wie z.B. Implantat falsch geöffnet, heruntergefallen, intraoperativ unentschieden, falsche Implantatposition werden zu 50% erstattet.

HINWEIS:

SDS Bohrer und sonstige SDS Tools werden bei Eingang und der Untersuchung des Complaints beurteilt – bei bestätigtem Material-/ Herstellungsfehler wird 100% ersetzt.