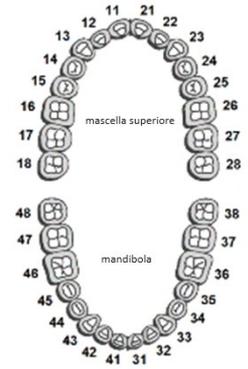


1. INFORMAZIONE CLIENTE/MEDICO

Codice cliente (vedere Bolla/Fattura):

Nome del medico (che ha incontrato il malfunzionamento) :

E-mail :



2. INFORMAZIONE PAZIENTE

ID Paziente : Sesso : U D

N° dente :

Età: Bruxismo Sì No

3. MONITORAGGIO DEL PAZIENTE

Descrivi di seguito tutte le informazioni che ritieni utili per l'analisi della cartella (condizione parodontale, perdita del/i dente/i nel periodo di trattamento, evoluzione dell'occlusione, antagonista del dente interessato, ecc.)

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

Si è verificato un precedente malfunzionamento nello stesso settore? Sì No

Numero di visite di controllo/follow-up del paziente: Data dell'ultima visita di controllo:

4. INFORMAZIONI SUL PRODOTTO

Componente protesico Riferimento :
Lotto :
Se sconosciuto, fornire le informazioni disponibili: intervallo, connessioni protesiche (ST, posteriore/2Ex)...

Data di posa :

Data di malfunzionamento:

Impianto Riferimento:
Lotto :

Data di posa :

Data di rimozione :

(Se applicabile e descrizione al §5)

Informazioni sulla protesi (Se applicabile) Metallo-Ceramica (CCM) Zirconia laminata

Zircone pieno

Altro :

5. DESCRIZIONE DEL MALFUNZIONAMENTO

Descrivi con precisione le circostanze

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

7. DESCRIZIONE DELL'UTILIZZO DEGLI AUSILIARI E DELLE AZIONI INTRAPRESE/PRESE (Se applicabile)

Descrivere di seguito quale strumento è stato utilizzato (Global D o altro produttore), la coppia applicata, se l'estrazione ha avuto successo o meno e l'azione intrapresa o prevista.

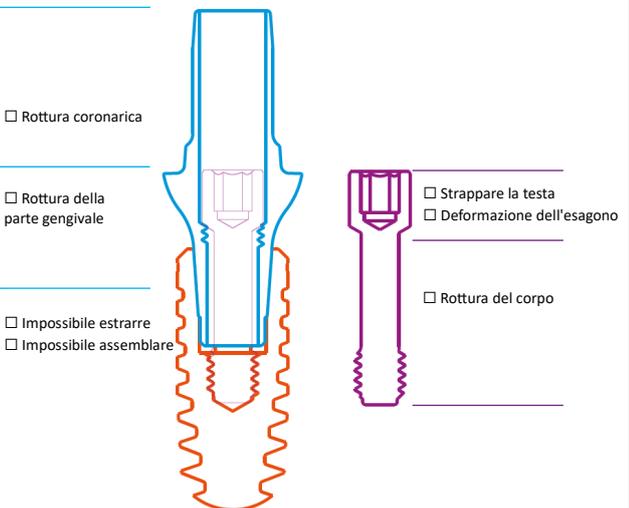
Gestione riuscita Sì No Serraggio applicato :

Riferimenti degli accessori utilizzati:

Descrizione :
.....
.....
.....
.....

6. ILLUSTRAZIONE DEL MALFUNZIONAMENTO

Cerchiare o spuntare la zona interessata



Altro (Se selezionato, descrizione nel §5)