

Dental Kayıt No:

Form Düzenleme Tarihi:

Lütfen Dikkat : Garanti ürün değişimine, hiçbir ücret ödemededen hak kazanmak için; **(1)** implantın ürün kodu ve seri numarası belirtilmeli, **(2)** hastanın panoramik görüntüsü sunulmalı, **(3)** şikayet, gerçekleştirilen işlemde 90 gün içerisinde kayıt altına alınmalıdır. Bu bilgilerin doğrulanması ve garanti talebinin araştırılabilmesi **BioInfinity** için önemlidir. Gönderilen ürünlerin herhangi bir komplikasyona sebebiyet vermeden, yönetmeliğe uygun olarak iade edilebilmesi için otoklavda steril edilmiş paket içerisinde geri gönderilmesi gerekmektedir. Lütfen formu doldurunuz ve iade ürün ile birlikte **7 gün** içerisinde tarafımıza ulaştırınız. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Değişimi İstenen Ürün Bilgileri

Ürün Kodu : Ürün Seri Numarası :

Ürünün Uygulandığı Hasta Bilgileri Bay Bayan Adı Soyadı : Doğum Tarihi: Kilo :**Ürünü Uygulayan Doktor Bilgileri**

Adı Soyadı : Hastane / Klinik Adı :

Operasyon Bilgileri

İmplant Uygulama Tarihi (Gün/Ay/Yıl) İmplant Sökme Tarihi (Gün/Ay/Yıl)

İmplant uygulamasında hemen yükleme yapıldı mı? Evet Hayır Panoramik görüntüsü var mı? Evet Hayırİmplant restore edildi mi? Evet Hayır Evet ise; Geçici DaimiCiddi bir hasar söz konusu mu? Ölüm Kalıcı engel Yaşamı tehdit eden bir durum Hiçbiri**Hasta Sağlık Profili (Uygun olanların hepsini işaretleyiniz)**

<input type="checkbox"/> Anemi	<input type="checkbox"/> Granülositopeni	<input type="checkbox"/> Kemik İliği İltihabı	<input type="checkbox"/> Osteoporoz
<input type="checkbox"/> Anfizem	<input type="checkbox"/> Hemofili	<input type="checkbox"/> Kemik Tümörü (İyi huylu)	<input type="checkbox"/> Parkinson Hastalığı
<input type="checkbox"/> Antikoagülan Tedavisi	<input type="checkbox"/> Hepatit	<input type="checkbox"/> Kemik Tümörü (Kötü huylu)	<input type="checkbox"/> Polisitemi Vera
<input type="checkbox"/> Astım	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon (Kontrollü)	<input type="checkbox"/> Kemoterapi Tedavisi	<input type="checkbox"/> Psikiyatrik Bozukluk
<input type="checkbox"/> Bağışıklık Tepki Eksikliği	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon (Kontrolsüz)	<input type="checkbox"/> Kolajen Hastalığı	<input type="checkbox"/> Psikolojik Bozukluk
<input type="checkbox"/> Böbrek Hastalığı	<input type="checkbox"/> Huntington Hastalığı	<input type="checkbox"/> Konjestif Kalp Yetmezliği	<input type="checkbox"/> Radyasyon Tedavisi
<input type="checkbox"/> Bronşit	<input type="checkbox"/> Hücre Anemisi	<input type="checkbox"/> Koroner Arter Hastalığı	<input type="checkbox"/> Romatizmal Kalp Hastalığı
<input type="checkbox"/> Domuz Vebası	<input type="checkbox"/> Immunosupresyon Tedavisi	<input type="checkbox"/> Koroner Kapak Hastalığı	<input type="checkbox"/> Şeker Hastalığı
<input type="checkbox"/> Endokrin Bozukluğu	<input type="checkbox"/> Karaciğer Bozukluğu	<input type="checkbox"/> Lösemi	<input type="checkbox"/> Zeka Geriliği
<input type="checkbox"/> Fibröz Kemik Hastalığı	<input type="checkbox"/> Kemik Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Osteopetrozis	<input type="checkbox"/> Diğer

Hasta Ağız Hijyeni (Birini işaretleyiniz)

<input type="checkbox"/> Durum 1 : Normal	<input type="checkbox"/> Durum 2 : Hafif İmflamasyon	<input type="checkbox"/> Durum 3 : Orta İmflamasyon	<input type="checkbox"/> Durum 4 : Şiddetli İmflamasyon
	Hafif renk değişimi	Kızarıklık	Şiddetli kızarıklık
	Hafif ödem, kanama yok	Ödem, sondalamada kanama	Ödem, ülser

Hastanın Parafonksiyonel Kontrendike Durumları ve Alışkanlıkları (Uygun olanların hepsini işaretleyiniz)

<input type="checkbox"/> Tütün Kullanımı	<input type="checkbox"/> Kötü Ağız Hijyeni	<input type="checkbox"/> Aşırı Isırma/Çiğneme Alışkanlıkları	<input type="checkbox"/> Peltek Diş Alışkanlıkları
<input type="checkbox"/> Alkol Kullanımı	<input type="checkbox"/> Bruksizm	<input type="checkbox"/> Agresif Diş Alışkanlıkları	<input type="checkbox"/> Diğer.....

Hasta Kemik Kalitesi (Birini işaretleyiniz) D1 Tip1 Kemik D2 Tip2 Kemik D3 Tip3 Kemik D4 Tip4 Kemik**Hasta Kemik Morfolojisi (Birini işaretleyiniz)**

<input type="checkbox"/> Minimum düzeyde kemik kaybı	<input type="checkbox"/> Orta düzeyde alveol kemik kaybı	<input type="checkbox"/> Yüksek seviyede kemik kaybı (Bazal kemiğe inen)	<input type="checkbox"/> Yüksek seviyede kemik kaybı (Sadece bazal kemik)
--	--	--	---

İmplant sökme işlemi ile ilgili başlıca sebepleri ve tespitlerinizi belirtiniz (Uygun olanların hepsini işaretleyiniz)

<input type="checkbox"/> Kötü Ağız Hijyeni	<input type="checkbox"/> Parestezi / Uyuşukluk	<input type="checkbox"/> Travma (Yaralanma/Kaza)	<input type="checkbox"/> Kemik Kalitesi ve/veya yetersiz kemik miktarı
<input type="checkbox"/> Peri İmplantitis	<input type="checkbox"/> Ağrı	<input type="checkbox"/> İmplant Kırığı	
<input type="checkbox"/> Hasta Sağlık Faktörleri	<input type="checkbox"/> İmplant Yükleme	<input type="checkbox"/> Oklüzyon	

Diğer (Lütfen belirtiniz

Hasta Tedavi Takibi.....

İmza - Kaşe