



Neoss 客户投诉表

标有 * 的字段为必填字段，请根据需要填写其他字段。

为每位患者单独填写一份表格。

客户信息			
诊所名称*		客户账号*	
街道		电子邮件*	
城市		联系人姓名	
邮编		电话	
国家*			

产品信息 (每行填写一个产品)					
产品编号*	产品名称	产品批号*	使用日期 (DD/MM/YYYY)	移除日期* (DD/MM/YYYY)	种植位点 **

**当适用时，填入 FDI 编号的牙位。

事件描述			
事件类型*	☐ 修复前骨结合失败	☐ 修复后骨结合失败	
	☐ 种植体断裂	☐ 螺丝断裂	
	☐ 基台断裂	☐ 无初始稳定性	
	☐ 包装、污染或标签问题	☐ 使用说明问题	
	☐ 工具/配件问题	☐ Other	
事件描述*			
该事件是否导致以下任何情况： 患者死亡、危及生命的疾病或身体功能永久性损伤？*		☐ 是	☐ 否
该产品是否导致或促成了该事件？		☐ 是	☐ 否
种植体是用 Neoss 原厂的配件修复的吗？		☐ 是	☐ 否
修复体类型	☐ 单冠	☐ 局部桥	
	☐ 全牙弓桥	☐ 覆盖义齿	
修复体是临时的还是永久的？		☐ 临时	☐ 永久

患者信息				
口腔卫生	☐ 优	☐ 良	☐ 中	☐ 差
病史	☐ 吸烟	☐ 糖尿病	☐ 牙周炎	☐ 骨质疏松症
	☐ 影响愈合的药物	☐ 放射治疗	☐ 磨牙症或紧咬牙	

签名	日期 (DD/MM/YYYY)

请将填妥的表格和产品返回至 www.neoss.com/support 上列出的当地办事处地址

注意 # 01：请对密封袋/包装中的所有物品进行消毒，退回时将显示无菌证明。如果对植入物进行消毒，请在消毒前从玻璃安瓿/容器中取出！请勿将任何植入物放回玻璃安瓿/容器中。

注意 # 02：请使用带衬垫的袋子退回物品以避免损坏。