

Formularz reklamacyjny

Implantologia - chirurgia, protetyka, instrumentarium

Dane lekarza

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	Imię
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer telefonu	Email
<input type="text"/>	
Adres	

OSTRZEŻENIE

Zawsze wysyłaj produkty wysterylizowane w autoklawie (oznaczone jako „sterylne”) lub zdezynfekowane wraz z wypełnionym formularzem reklamacyjnym i zdjęciami rentgenowskimi (jeśli dotyczy). Zalecamy stosowanie stabilnych opakowań, które zapewniają bezpieczny transport.

Informacje o produkcie (pole obowiązkowe)

Obszar	Nr kat. (REF)	Nr seryjny (LOT)	Data użycia (DD.MM.RRRR)	Usunięto dnia (DD.MM.RRRR)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Informacje o pacjencie

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Numer ID pacjenta*	Rok urodzenia		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Choroby ogólne	Przyjmowane leki		
<input type="checkbox"/> choroby metaboliczne (np. cukrzyca, choroby tarczycy, nerek lub wątroby)	<input type="checkbox"/> choroby metaboliczne kości	<input type="checkbox"/> długotrwała terapia kortyzonem (stomatologicznie)	<input type="checkbox"/> uzależnienie od narkotyków lub alkoholu
<input type="checkbox"/> choroby przyzębia	<input type="checkbox"/> kserostomia	<input type="checkbox"/> bruksizm	<input type="checkbox"/> palenie tytoniu
<input type="checkbox"/> choroby immunologiczne	<input type="checkbox"/> zaburzenia odporności immunologicznej	<input type="checkbox"/> radioterapia w obszarze głowy/szyi	<input type="checkbox"/> zaburzenia limfatyczne
<input type="checkbox"/> zaburzenia krzepnięcia krwi	<input type="checkbox"/> chemioterapia	<input type="checkbox"/> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> twardzina skóry
<input type="checkbox"/> wysoki poziom LDL lub niski HDL cholesterol	<input type="checkbox"/> niski poziom witaminy D we krwi		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alergie	Inne		
Poziom higieny jamy ustnej <input type="radio"/> dobra	<input type="radio"/> średnia	<input type="radio"/> słaba	

Opis problemu

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

