

Nur zur internen Verwendung im Büro. Nicht vom Meldenden auszufüllen

CMP#:

**PRODUKTERFAHRUNGSBERICHT**

Die Aufnahme möglichst vieler Details unterstützt den Untersuchungsprozess und die kontinuierliche Verbesserung. Sie ist notwendig, um die **gesetzlichen Vorschriften für Medizinproduktehersteller zu erfüllen**. Fehlende Informationen verzögern die Bearbeitung. Pflichtfelder sind in Sternzeichen (\*) angegeben.

**Dokumentieren Sie bitte, wenn eine vorherige Reklamation Nr. zugewiesen wurde**

CMP #: \_\_\_\_\_

<b>A. ANGABEN ZUM EREIGNIS</b>	<b>Eingesetzt am *:</b> (TT/MMM/JJJJ)	<b>Datum des Ereignisses*:</b> (TT/MMM/JJJJ)	<b>Entfernt am*:</b> (TT/MMM/JJJJ)
<b>Festgestellt*:</b> <input type="checkbox"/> Bei Erhalt/Auspacken <input type="checkbox"/> Bei klinischem Verfahren <input type="checkbox"/> Bei Laboruntersuchung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
<b>Beschreibung des Ereignisses (alles Zutreffende ankreuzen)*</b>			
<input type="checkbox"/> Allergische Reaktion	<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Nervenverletzung	<input type="checkbox"/> Periimplantitis
<input type="checkbox"/> Knochenverlust	<input type="checkbox"/> Fehlende Primärstabilität	<input type="checkbox"/> Nicht-Integration (NI)	<input type="checkbox"/> Sinusperforation
<input type="checkbox"/> Bruch	<input type="checkbox"/> Verlust der Integration (VI)	<input type="checkbox"/> Sonstiges, <b>bitte angeben:</b>	
<b>Geben Sie eine ausführliche Beschreibung des gemeldeten Problems (samt durchgeführter Behandlung, betroffenen Produkten und verwendeten Einstellungen)*:</b>  _____ _____ _____			
<b>Beschreiben Sie, was dem Patienten aufgrund des Ereignisses zustieß (Zutreffendes ankreuzen) *:</b>		<input type="checkbox"/> Keine Folgen für den Patienten	
<input type="checkbox"/> Abszess		<input type="checkbox"/> Verschlucken	<input type="checkbox"/> Schmerzen
<input type="checkbox"/> Aspiration		<input type="checkbox"/> Parästhesie	<input type="checkbox"/> Ödem
			<input type="checkbox"/> Entzündung
			<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>War ein operativer und / oder medizinischer Eingriff erforderlich, um eine bleibende Beeinträchtigung zu verhindern? *</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte beschreiben:	
<b>Dauerte der Eingriff länger als geplant? *</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte beschreiben:	
<b>Muss der Patient einen zusätzlichen Termin beim Zahnarzt wahrnehmen, um die Behandlung abzuschließen? *</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte erläutern:	
<b>Wurde der Eingriff durch Verwendung eines anderen Implantats oder eines anderen Instruments abgeschlossen? *</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte beschreiben:	
<b>Sonstige relevante Patientenanamnese (alles Zutreffende ankreuzen)*:</b>		<input type="checkbox"/> Bruxismus	<input type="checkbox"/> Diabetes
		<input type="checkbox"/> Zusammenbeißen der Zähne	<input type="checkbox"/> Osteoporose
			<input type="checkbox"/> Raucher / Tabakkonsum
			<input type="checkbox"/> unzureichende Mundhygiene
		<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Zahnnummer*</b>	_____ <input type="checkbox"/> Universal <input type="checkbox"/> FDI <input type="checkbox"/> Palmer	<b>Typ Knochendichte*</b>	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<b>Zahnnummer*</b>	_____ <input type="checkbox"/> Universal <input type="checkbox"/> FDI <input type="checkbox"/> Palmer		
<b>Zusätzliche Informationen</b>	<input type="checkbox"/> Augmentation vor Implantation	<input type="checkbox"/> augmentierter Situs Wenn ja, bitte das Material angeben: Datum der Augmentation: _____	<input type="checkbox"/> Allotransplantat
	<input type="checkbox"/> Augmentation zeitgleich mit Implantation		<input type="checkbox"/> Alloendoprothese <input type="checkbox"/> Autogen <input type="checkbox"/> Hybrid <input type="checkbox"/> Xenotransplantat

Hinweis: Diese Informationen werden erhoben, um aufsichtsbehördlichen Anforderungen in den USA und anderen Ländern nachzukommen. Das Ausfüllen dieses Formulars stellt keine Anerkennung dar, dass medizinisches Personal, Händler, Hersteller oder Produkt für das Ereignis ursächlich oder mitursächlich gewesen wären.

**B. ANGABEN ZUM PRODUKT:** Pro Reklamation und/oder Patient muss ein Formular verwendet werden. Wenn mehr als ein Produkt von einem einzelnen gemeldeten Ereignis betroffen ist, können nachfolgend mehrere Positionsnummern aufgenommen werden. Bei Bedarf können zusätzliche Zeilen oder zusätzliche Informationen hinzugefügt werden.

**HINWEIS:** 1) Bitte sorgen Sie dafür, dass das oben aufgeführte Produkt wie oben angegeben dekontaminiert wurde. 2) Bei nicht patientenspezifischen Produkten bitte nur das beanstandete Produkt zurücksenden. 3) Für ZFX-Produkte bitte wenn möglich Bestellnummer angeben:

Artikelnummer* (falls vorhanden, bitte Etikett der Patientenakte aufkleben)	Chargen/ Seriennummer *	Menge *	Gewünschte Ersatzartikelnummer	Wird das Produkt zurückgesandt?*	Wenn nicht - warum? * (z. B. von der Klinik zurückbehalten, entsorgt usw.)
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ensorgt <input type="checkbox"/> Verwendet <input type="checkbox"/> Implantiert <input type="checkbox"/> Sonstiges:
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ensorgt <input type="checkbox"/> Verwendet <input type="checkbox"/> Implantiert <input type="checkbox"/> Sonstiges:
<b>Ist eine zerstörende Analyse erlaubt? *</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

<b>C. INFORMATIONEN DURCH DEN MELDENDEN</b>	
<b>Meldender*</b>	
<b>Datum der Meldung*</b>	
<b>Ist die Person, die diese Meldung vorlegt</b>	<input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> Laborant <input type="checkbox"/> Händler <input type="checkbox"/> Vertreter
<b>Name des Kunden</b>	
<b>Kundennummer*</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Ort, Bundesland, PLZ, Land</b>	
<b>Kontaktperson*</b>	
<b>Telefonnr. *</b>	
<b>E-Mail*</b>	

<b>D. ANGABEN ZUM PATIENTEN</b>	
<b>Patientenkennung *</b>	
<b>Geschlecht*</b>	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
<b>Alter zum Zeitpunkt des Ereignisses *</b>	
<b>Gewicht</b>	

**Anleitung zum Einreichen einer Reklamation und Rücksendung des reklamierten Produkts:**

1. (Berichterstatter aus den USA, Kanada, APAC und außereuropäischen Ländern) Füllen Sie bitte die editierbare PDF-Datei des Product Experience Report (PER) aus, speichern Sie es und senden Sie es per E-Mail an die entsprechende E-Mail-Adresse für die Bearbeitung von Beschwerden bei ZimVie (siehe Seite 3). Der Ansprechpartner für die Reklamationsbearbeitung antwortet mit der Reklamationsnummer (CMP-Nummer(n)) und der Produktrückgabeanweisung
2. **(Alle anderen Reporter)** Füllen Sie den Product Experience Report (PER) als editierbare PDF-Datei aus, speichern und drucken Sie ihn aus. Das ausgedruckte Formular wird zusammen mit dem sterilen Produkt an die zuständige Reklamationsstelle (siehe Seite 3) versandt
3. Kontaminierte Produkte müssen mit Dampf **sterilisiert** und in Sterilisationstüten mit Markierung verpackt werden.
4. Senden Sie das mit der CMP-Nummer (falls bekannt) gekennzeichnete Produkt in einem geeigneten Versandbehälter zusammen mit einer Kopie dieses ausgefüllten PER-Formulars an die angegebenen und/oder auf Seite 3 dieses Formulars angegebenen Adressen zurück
5. Gebrauchte oder kontaminierte regenerative Produkte sollten **nicht** an die Reklamationsabteilung von Zimvie zurückgeschickt werden

Hinweis: Diese Informationen werden erhoben, um aufsichtsbehördlichen Anforderungen in den USA und anderen Ländern nachzukommen. Das Ausfüllen dieses Formulars stellt keine Anerkennung dar, dass medizinisches Personal, Händler, Hersteller oder Produkt für das Ereignis ursächlich oder mitursächlich gewesen wären.

**Adressen der Reklamationsabteilungen:**

**International (APAC & außereuropäisch):**

<p><b>US</b>  <b>Biomet 3i &amp; Zimmer Dental</b>          Attn: Complaints Handling          4555 Riverside Drive          Palm Beach Gardens, FL 33410  <b>Phone:</b> 1.800.262.2702  <b>Email:</b>  <a href="mailto:DentalComplaints@zimvie.com">DentalComplaints@zimvie.com</a></p>	<p><b>Canada</b>  <b>Biomet 3i &amp; Zimmer Dental</b>          ZimVie – Zimmer Biomet Dental Canada Inc.          2345 Argentia Road Suite #106          Mississauga, Ontario L5N 8K4  <b>Phone:</b> 416-995-6664  <b>Email:</b> <a href="mailto:DentalComplaints@zimvie.com">DentalComplaints@zimvie.com</a></p>	<p><b>International</b>  <b>Biomet 3i &amp; Zimmer Dental</b>          Attn: Complaints Handling          4555 Riverside Drive          Palm Beach Gardens, FL 33410  <b>Phone:</b> 561.776.6918/ 1.800.262.2702  <b>Email:</b>  <a href="mailto:DentalInternationalComplaints@zimvie.com">DentalInternationalComplaints@zimvie.com</a></p>	<p><b>China</b>  <b>Zimmer Dental</b>          Zimmer Dental (Shanghai) Medical Device Co Ltd          Room 2001, Metro Plaza 555 Lou Shan Guan Road,          Shanghai 200051 China  <b>Phone:</b> 086 21 222 05180  <b>Email:</b>  <a href="mailto:DentalInternationalComplaints@zimvie.com">DentalInternationalComplaints@zimvie.com</a></p>
<p><b>Australia:</b> <b>Phone:</b> +61 2 9855 4444  <b>Mexico:</b> <b>Phone:</b> +52 55 2282 0120</p>	<p><b>Chile</b>  <b>Zimmer Dental</b>          Zimmer Dental Chile SPA          Luis Thayer Ojeda 0130          Oficina 901/902          Providencia Santiago, Chile  <b>Email:</b>  <a href="mailto:DentalInternationalComplaints@zimvie.com">DentalInternationalComplaints@zimvie.com</a></p>	<p><b>India</b>  <b>Biomet 3i &amp; Zimmer Dental</b>          ZB dental India Pvt. Ltd.          Unit No. 904 &amp; 905, A-Wing, Damji Shamji          corporate Square,          Off. Ghatkopar Andheri Link Road, Laxmi Nagar,          Ghatkopar East,          Mumbai, 400075, India.  <b>Phone:</b> 18002669920 / + 91 022 6901 3700  <b>Email:</b> <a href="mailto:info.india@zimvie.com">info.india@zimvie.com</a></p>	

**Europa**

**Nicht-patientenspezifisches Produkt**

<p><b>Österreich</b>  <b>Biomet 3i &amp; Zimmer Dental</b>          Zimvie Austria GmbH          Wienerbergstrasse 11/12a          1100 Wien, Austria  <b>Telefon:</b> +43 (0) 8000 700 17  <b>Fax:</b> +43 (0) 8000 700 18  <b>Email:</b>  <a href="mailto:EMEAComplaints@zimvie.com">EMEAComplaints@zimvie.com</a></p>	<p><b>Belgium and Luxembourg</b>  <b>Biomet 3i</b>          Biomet 3i Belgium          Building MC Square          Schaliënhoedreef 20T          2800 Mechelen, Belgium  <b>Phone:</b> +32 80050311  <b>Email:</b> <a href="mailto:EMEAComplaints@zimvie.com">EMEAComplaints@zimvie.com</a></p>	<p><b>France and Luxembourg</b>  <b>Biomet 3i &amp; Zimmer Dental</b>          Zimmer Dental S.A.S.          19 rue d'Arcueil          94150 Rungis, France  <b>Phone:</b>+33(0) 800 91 67 86  <b>Email:</b> <a href="mailto:EMEAComplaints@zimvie.com">EMEAComplaints@zimvie.com</a></p>	<p><b>Deutschland</b>  <b>Biomet 3i &amp; Zimmer Dental</b>          Zimmer Dental GmbH          Wilhelm-Wagenfeld-Straße 28          80807 München, Germany  <b>Telefon:</b> +49 (0) 800 184 0271 /          +49 (0) 800 101 6420  <b>Fax:</b> +49 (0)800 313 11 11  <b>Email:</b> <a href="mailto:EMEAComplaints@zimvie.com">EMEAComplaints@zimvie.com</a></p>
<p><b>Israel</b>  <b>Zimmer Dental</b>          Zimmer Dental Ltd          13 Haamal St.Afeq Industrial Park          Building A, 3rd Floor,          Rosh Haayin 4809280, Israel  <b>Email:</b> <a href="mailto:ZBI-CS@zimmerbiomet.com">ZBI-CS@zimmerbiomet.com</a></p>	<p><b>Italy</b>  <b>Zimmer Dental</b>          Zimmer Dental Italy S.R.L          Viale Italia 205/D          31015 Conegliano (TV), Italy  <b>Phone:</b> +39 0438 37681  <b>Email:</b>  <a href="mailto:zimmerdental.italy@zimvie.com">zimmerdental.italy@zimvie.com</a></p>	<p><b>Netherlands</b>  <b>Biomet 3i</b>          Biomet 3i Netherlands B.V          Marten Meesweg 25-G          3068 AV Rotterdam, Netherlands  <b>Phone:</b> +31 078 62 92 800  <b>Email:</b> <a href="mailto:EMEAComplaints@zimvie.com">EMEAComplaints@zimvie.com</a></p>	<p><b>Spain and Portugal</b>  <b>Biomet 3i &amp; Zimmer Dental</b>          Biomet 3i Dental Ibérica, S.L.U          WTC Almeda Park, Ed.4, Planta 2          C/Tirso de Molina, 40          08940 Cornellà de Llobregat          (Barcelona) Spain  <b>Spain Phone:</b> 900 800 303  <b>Portugal Phone:</b> 800 827 836  <b>Email:</b> <a href="mailto:EMEAComplaints@zimvie.com">EMEAComplaints@zimvie.com</a></p>
<p><b>Schweiz</b>  <b>Biomet 3i &amp; Zimmer Dental</b>          Biomet 3i Schweiz GmbH          Grüzefeldstrasse 41          CH-8404 Winterthur, Switzerland  <b>Telefon:</b> +41 (0)800 24 66 38  <b>Fax:</b> +41 (0)800 24 66 39  <b>Email:</b>  <a href="mailto:EMEAComplaints@zimvie.com">EMEAComplaints@zimvie.com</a></p>	<p><b>Biomet 3i (Biomax)</b>          Biomax SPA          Via Zamenhof, 615          Vicenza, Italy  <b>Phone:</b> +39 0444 913 410  <b>Email:</b> <a href="mailto:info@biomax.it">info@biomax.it</a></p>	<p><b>UK and Ireland</b>  <b>Biomet 3i &amp; Zimmer Dental</b>          Biomet 3i UK, Ltd          Reading Business Centre,          Suite 807, 8th Floor Fountain House          2 Queens Walk,          Reading, Berks, RG1 7QF,          United Kingdom  <b>UK Phone:</b> +44 (0) 800 652 1233  <b>Ireland Phone:</b> +353 1800 552752  <b>Email:</b> <a href="mailto:EMEAComplaints@zimvie.com">EMEAComplaints@zimvie.com</a></p>	

**patientenspezifisches Produkt**

**Biomet 3i Dental Ibérica**  
 BellaTek Dept.  
 Islas Baleares 50,  
 Polígono Fuente del Jarro  
 46988 Valencia Spain  
**Telefon:** +34 961379536 / 38  
**Fax:** +34 961379505  
**Email:** [es.3ipsp@biomet.com](mailto:es.3ipsp@biomet.com)