

تاریخ:
شماره سریال:

OSSTEM
IMPLANT

آزاد تجارت پارس
AZAD TEJARAT PARS.LTD

IMPLANT SURGERY FAILURE REPORT

واحد خدمات پس از فروش ایمپلنت

لطفاً فیکسچر را در بسته بندی اتوکلاو در این محل الصاق نمایید.



A.Surgery	Doctor Name		
	Serial Number		
	Customer Code		
Date of implant		Date of removal	
Implanted teeth		Bone Condition	(D1, D2, D3, D4)
Preoperative diagnosis			
Postoperative diagnosis(Possible cause of failure)			
Was there a bone graft? If yes, please indicate which GBR products have been used.			

B. Operator's Information			
Name		Contact Number	
Implanted teeth		Hospital Address	
Hospital Address			

B. Patient Information			
Name		Gender	
Age		Oral Health	
Please tick 'yes' or 'no' in each boxes below			
a. Alcohol		b. Diabetes	
c. Smoking		d. Periodontal Disease	

Other diseases (if any)

2. Product	
Product Name	
Product Code	
Diameter	
Length	
Merchandiser	

شرایط پذیرش فیلرها:

۱. بر روی فیکسچرها علائم کارگزاری مشهود باشد. (مانند خون، بن)
۲. فیکسچرها حتما در یک اتوکلاو باشند.
۳. فیکسچرها (فک پلمپ شده) مورد قبول نمی باشند.
۴. دلایل کامل فیلر ارائه شود.

مهر و امضا
شرکت آزاد تجارت پارس

مهر و امضا
دندانپزشک