

PMS ist eine regulatorische Anforderung der VO (EU) 2017/745 – MDR. Sie dient der Zulassungserhaltung von Medizinprodukten. Durch Ihre Mitwirkung leisten Sie dazu einen wertvollen Beitrag! Ihre Daten werden von uns höchst vertraulich behandelt und ausgewertet.

Sie können Ihre Rückmeldung per Post, E-Mail oder Fax übermitteln.

PMS is a regulatory requirement of Regulation (EU) 2017/745 - MDR. It serves to maintain the approval of medical devices. By participating, you make a valuable contribution to this! Your data will be treated and evaluated by us with the utmost confidentiality.










You can send your feedback by post, e-mail or fax.

MEGADENTA Dentalprodukte GmbH, Carl-Eschbach-Str. 1 A, D-01454 Radeberg
info@megadenta.de / +49 3528 453 21

Organisation / Arzt / Ärztin <i>Organization / Doctor</i>	
Anschrift / Land <i>Adress / Country</i>	
Telefon / Fax / E-Mail <i>Phone / email</i>	
Name / Funktion <i>name / role</i>	

Sie können mit diesem Bogen bis zu drei MEGADENTA-Produkte auf einmal bewerten. Für mehr verwenden Sie bitte einen weiteren Bogen (Kopie). *You can rate up to three MEGADENTA products at once with this sheet. For more, please use another sheet (copy).*

Angaben zum Produkt / <i>product information</i>	Bewertung / <i>Rating</i>		
	Produkt 1	Produkt 2	Produkt 3
Produktname u. ggf. Farbe <i>Product name and colour, if applicable</i>			
Anwendbarkeit / <i>Usability questions</i>			
Ist die Anwendung in der Gebrauchsanweisung ausreichend und verständlich beschrieben? <i>Is the application described sufficient and clearly in the instructions for use?</i>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wie ist die Handhabung der Primärverpackung (Produktentnahme, Wiederverschließbarkeit)? <i>How is the handling of the primary packaging (product removal, resealability)?</i>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wie lässt sich das Produkt verarbeiten? <i>How can the product be processed?</i>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wie ist der Geruch des Produktes? <i>How is the smell of the product?</i>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Optischer Eindruck des Materials (fertige Restauration, Farbe d. Materials, ...) <i>What is the visual impression of the material (e.g. finished restoration, color of the material, ...)?</i>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Verträglichkeit / <i>Compatibility questions</i>			
Verträglichkeit des Produktes? <i>How the product is tolerated?</i>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kam es zu Reizungen? <i>Did irritations occur?</i>	<input type="checkbox"/> nein / <i>no</i> <input type="checkbox"/> ja / <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> nein / <i>no</i> <input type="checkbox"/> ja / <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> nein / <i>no</i> <input type="checkbox"/> ja / <i>yes</i>

Wenn ja, ... / If so,...	Bei wem? <i>With whom?</i>	<input type="checkbox"/> Anwender / <i>user</i> <input type="checkbox"/> Patient / <i>patient</i>	<input type="checkbox"/> Anwender / <i>user</i> <input type="checkbox"/> Patient / <i>patient</i>	<input type="checkbox"/> Anwender / <i>user</i> <input type="checkbox"/> Patient / <i>patient</i>
	Wo (Körperteil)? <i>Where (body part)?</i>			
	Schweregrad <i>Severity</i>	<input type="checkbox"/> stark / <i>strong</i> <input type="checkbox"/> mittel / <i>medium</i> <input type="checkbox"/> schwach / <i>weak</i>	<input type="checkbox"/> stark / <i>strong</i> <input type="checkbox"/> mittel / <i>medium</i> <input type="checkbox"/> schwach / <i>weak</i>	<input type="checkbox"/> stark / <i>strong</i> <input type="checkbox"/> mittel / <i>medium</i> <input type="checkbox"/> schwach / <i>weak</i>
Kam es zu Unwohlsein oder Übelkeit? <i>Has there been discomfort or nausea?</i>		<input type="checkbox"/> nein / <i>no</i> <input type="checkbox"/> ja / <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> nein / <i>no</i> <input type="checkbox"/> ja / <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> nein / <i>no</i> <input type="checkbox"/> ja / <i>yes</i>
Wenn ja, ... / If so,...	Bei wem? <i>With whom?</i>	<input type="checkbox"/> Anwender / <i>user</i> <input type="checkbox"/> Patient / <i>patient</i>	<input type="checkbox"/> Anwender / <i>user</i> <input type="checkbox"/> Patient / <i>patient</i>	<input type="checkbox"/> Anwender / <i>user</i> <input type="checkbox"/> Patient / <i>patient</i>
	Schweregrad <i>Severity</i>	<input type="checkbox"/> stark / <i>strong</i> <input type="checkbox"/> mittel / <i>medium</i> <input type="checkbox"/> schwach / <i>weak</i>	<input type="checkbox"/> stark / <i>strong</i> <input type="checkbox"/> mittel / <i>medium</i> <input type="checkbox"/> schwach / <i>weak</i>	<input type="checkbox"/> stark / <i>strong</i> <input type="checkbox"/> mittel / <i>medium</i> <input type="checkbox"/> schwach / <i>weak</i>
Gab es sonstige unerwünschte Nebenwirkungen? <i>Were there any other undesirable side effects?</i>		<input type="checkbox"/> nein / <i>no</i> <input type="checkbox"/> ja / <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> nein / <i>no</i> <input type="checkbox"/> ja / <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> nein / <i>no</i> <input type="checkbox"/> ja / <i>yes</i>
Wenn ja, ... / If so,...	Bei wem? <i>With whom?</i>	<input type="checkbox"/> Anwender / <i>user</i> <input type="checkbox"/> Patient / <i>patient</i>	<input type="checkbox"/> Anwender / <i>user</i> <input type="checkbox"/> Patient / <i>patient</i>	<input type="checkbox"/> Anwender / <i>user</i> <input type="checkbox"/> Patient / <i>patient</i>
	Welche? Wich?			
	Schweregrad <i>Severity</i>	<input type="checkbox"/> stark / <i>strong</i> <input type="checkbox"/> mittel / <i>medium</i> <input type="checkbox"/> schwach / <i>weak</i>	<input type="checkbox"/> stark / <i>strong</i> <input type="checkbox"/> mittel / <i>medium</i> <input type="checkbox"/> schwach / <i>weak</i>	<input type="checkbox"/> stark / <i>strong</i> <input type="checkbox"/> mittel / <i>medium</i> <input type="checkbox"/> schwach / <i>weak</i>
Insgesamt ist das Produkt... <i>Overall, the product is...</i>		<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
Anmerkungen zum Produkt <i>Comments on the product</i>				
Fragen zum Unternehmen / Questions about the company				
Wie zufrieden sind Sie mit unserem Service? <i>How satisfied are you with our service?</i>				
Was können wir verbessern? <i>What can we do to improve?</i>				
Sonstige Wünsche, Anregungen oder Mitteilungen an den Hersteller / <i>Other requests, suggestions or messages to the manufacturer</i>				
Datum / Unterschrift <i>Date / Signature</i>				Nur intern: ausgewertet <input type="checkbox"/> Datum/Signum:

Vielen Dank für Ihre geschätzte Mitwirkung! *Many thanks for your valued cooperation!*