LA VOSTRA ESPERIENZA / YOUR EXPERIENCE

1. Studio odontoiatrico e impianto / Clinic and installed system

A | IDENTIFICAZIONE DELLO STUDIO / CLINIC DETAILS

Nome dello studio / denominazione
Dental clinic / business name

Città e provincia
City and province

Referente e ruolo
Contact and role

Indirizzo e-mail
Email address

Telefono (facoltativo)
Telephone (optional)

B | INSTALLAZIONE OSMO STERIL / SYSTEM DETAILS

Modello Osmo Steril installato
Installed Osmo Steril model

Selezionare / Select

Anno installazione (AAAA)
Installation year (YYYY)

Numero di serie (se noto)
Serial number (if known)

Numero di riuniti collegati
Number of connected dental chairs

Numero di autoclavi collegate
Number of connected autoclaves

Marca e modello dei riuniti (se noti)
Brand and model of connected dental chairs (if known)

Data ultima manutenzione (se nota)
Most recent maintenance date (if known)

B.1 | FORNITORE OSMO STERIL / OSMO STERIL SUPPLIER

Chi è il vostro fornitore ufficiale Osmo Steril? / Who is your official Osmo Steril supplier?

☐ Henry Schein ☐ Revello ☐ Umbra (selezione multipla / select multiple)

Altri fornitori (più nomi separati da virgole) / Other suppliers (comma-separated names):

N.B. Il questionario può essere compilato anche senza disporre dei referti microbiologici. / You may complete the questionnaire even if no microbiological reports are available.

GRADIMENTO / SATISFACTION

2. I vostri riscontri sono utili anche se critici / All feedback is valuable

C | VALUTAZIONE OSMO STERIL / SYSTEM EVALUATION

Quanto siete soddisfatti complessivamente di Osmo Steril?

How satisfied are you overall with Osmo Steril?

Selezionare / Select

Come valutate l'affidabilità del sistema?

How do you rate system reliability?

Selezionare / Select

Quanto è semplice utilizzare il sistema nella pratica quotidiana?

How easy is it to use the system in daily practice?

Selezionare / Select

Come valutate il servizio di manutenzione e assistenza Ecoplus?

How do you rate Ecoplus maintenance and technical support?

Selezionare / Select

Consiglierebbe Osmo Steril? (0–10)

Would you recommend Osmo Steril? (0–10)

Ha avuto problemi negli ultimi 12 mesi?

Any issues in the past 12 months? (Sì/No)

Qual è il principale vantaggio riscontrato?

What is the main benefit you have experienced?

Cosa potremmo migliorare? (anche criticità o problemi)

What could we improve? (including issues or concerns)

Scala 1–5: 1 = minimo, 5 = massimo. Consiglio 0–10: 0 = per nulla, 10 = assolutamente. / Scale: 1 low, 5 high; recommendation score: 0–10.

ANALISI MICROBIOLOGICHE / LAB REPORTS

3. Tutti i risultati sono utili, anche quelli non conformi / All results matter

D | REFERTOLOGIA / HISTORICAL LABORATORY REPORTS

Disponete di referti microbiologici dell'acqua dei riuniti?
Do you have microbiological dental-unit water test reports?

Selezionare / Select

Per quali anni avete dei referti? (es. 2017, 2019, 2023–2026)
Which years are covered by available reports?

Quanti referti disponibili (circa)?
Approximate number of reports

Data ultimo prelievo (se nota)
Latest sampling date (if known)

Laboratorio indipendente (nome esatto) e punto di prelievo
Independent lab (exact name) and sampling point

Parametri analizzati (es. UFC/mL, Pseudomonas, Legionella)
Parameters tested (e.g. CFU/mL, Pseudomonas, Legionella)

Note utili sui protocolli o sugli interventi effettuati
Useful notes about protocols or maintenance interventions

E | COME INVIARE I REFERTI / HOW TO SHARE REPORTS

Caricate PDF, scansioni o fotografie sul modulo sicuro del sito Ecoplus (indirizzo comunicato via e-mail). Il PDF compilabile NON incorpora allegati. Se avete analisi di più anni, inviate tutte quelle disponibili, possibilmente una per anno.

Upload PDFs, scans or photos using the secure Ecoplus website form (link provided by email). This PDF does NOT attach laboratory files. Share all available years, ideally one report per year.

Non includere nomi, dati sanitari o altri identificativi dei pazienti. Se presenti, oscurarli prima di caricare. / Remove patient names and other health identifiers before uploading.

PRIVACY E OMAGGIO / PRIVACY & GIFT

4. Una X per autorizzare l’uso pubblico dei risultati / One check for publication

F | AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE / PUBLICATION AUTHORISATION

Titolare: Ecoplus S.r.l. • info@ecoplusitalia.com

Informativa: www.ecoplusitalia.com/partecipa#privacy

Una sola casella: scelta libera, nessuna preselezione. / One voluntary, unchecked box.

☐ **Autorizzo Ecoplus a utilizzare e pubblicare i risultati delle nostre analisi microbiologiche, indicando il nome della clinica e del laboratorio indipendente riportato sui referti, sul sito Ecoplus e nei materiali tecnico-scientifici e commerciali destinati a distributori, cliniche e partner professionali, per documentare le prestazioni dei sistemi Osmo Steril.**

I authorise Ecoplus to use and publish our microbiological test results, identifying our clinic and the independent laboratory named in the reports, on the Ecoplus website and in technical, scientific and commercial materials for distributors, clinics and professional partners, to document Osmo Steril system performance.

L’omaggio non dipende dalla X. Senza X: uso interno, nessuna pubblicazione nominativa.
The gift is independent of consent. Without the check: internal use only, no identified publication.

Il nome del laboratorio riportato sui referti non indica endorsement.

G | RINGRAZIAMENTO E DATI DEL REFERENTE / GIFT AND SIGN-OFF

Ringraziamento: 3 confezioni Bioxteril compatibili con Mono, Trio o Pluri; una spedizione per studio.
Gift: 3 model-compatible Bioxteril packs; one shipment per participating clinic.

Nome del dichiarante autorizzato / Name of authorised respondent

Data / Date

Eventuali comunicazioni aggiuntive / Additional comments

Conservare il PDF compilato sul Mac e inviarlo all’indirizzo comunicato da Ecoplus.
I referti vanno caricati solo tramite il modulo web sicuro; non allegarli a e-mail ordinarie.