straumann

STRAUMANN® GUARANTEE

Dental Implant System

Гарантійна програма Straumann®

1. ОТРИМУВАЧ ГАРАНТІЇ ТА ОБ'ЄМ ГАРАНТІЇ

Дана «Гарантійна програма Straumann» у відповідності до опису нижче надається Institut Straumann AG, Базель, Швейцарія ("Straumann") тільки на користь лікаря/стоматолога (далі по тексту «Споживач») і поширюється на перераховану нижче продукцію. Треті особи, в том числі пацієнти, не мають права користуватися Гарантійною програмою Straumann. Програма передбачає безкоштовну заміну імплантатів Straumann®, а також деяких ортопедичних компонентів системи Straumann® у відповідності до розділу 2. Гарантійна програма Straumann передбачає заміну компонентів Straumann, але не передбачає компенсацію супутніх витрат, в тому числі витрат на проведення необхідного лікування.

2. ПРОДУКЦІЯ STRAUMANN, НА ЯКУ ПОШИРЮЄТЬСЯ ДІЯ ГАРАНТІЙНОЇ ПРОГРАМИ STRAUMANN

	Імплантат**	**Абатмент, зафіксований на імплантаті**
Термін гарантії 2 роки	–	Заміна пошкодженого абатменту аналогічним абатментом*
Пожиттва гарантія	Заміна втраченого імплантату аналогічним імплантатом	–

* При умові підтвердження від виробника Straumann® гарантійного випадку після здійснення ними відповідних досліджень в межах 12 місяців.
** Заміна імплантатів відбувається на аналогічний імплантат, якщо виконані умови гарантії імплантатів.

3. УМОВИ ГАРАНТІЇ

Straumann гарантує, що при виявленні недоліків продукції Straumann, які пов'язані з недостатньою міцністю матеріалу або пошкодженні продукції Straumann відповідно до гарантійного періоду, вказаного у Розділі 2, Straumann усуває їх шляхом заміни продукції на аналогічну. Гарантійний період починається з моменту встановлення продукції Straumann Споживачем. При цьому мають бути дотримані умови гарантійного обслуговування:

3.1 Продукцію Straumann потрібно використовувати самостійно і в будь-якому разі не в комбінації з продукцією інших виробників;

3.2 Експлуатація продукції Straumann повинна відбуватися у повній відповідності до оригінальних інструкцій, що є дійсними на момент лікування, а також із дотриманням визнаних стоматологічних процедур до і після використання продукції Straumann;

3.3 Споживач повинен слідкувати за тим, щоб пацієнт ретельно підтримував гігієну ротової порожнини;

3.4 Гарантії не підлягає продукція, що була пошкоджена в результаті нещасного випадку або травми, заподіяних пацієнтом або третіми особами, або отримали інші пошкодження з вини пацієнта або третьої особи;

3.5 Гарантія не надається на імплантати, по яких «Дата видалення» і «Дата встановлення» співпадають. Так як в такому випадку причинами видалення імплантату є:

- 3.5.1 якість кістки пацієнта та неможливість встановлення імплантату;
- 3.5.2 неправильно підібраний імплантат;
- 3.5.3 пошкодження імплантату під час падіння;

3.6 Споживач повинен надіслати не пізніше, як через 3 дні після виникнення гарантійного випадку в компанію «ВАЙТ ДЕНТАЛ ГРУП»:

- 3.6.1. заповнену та підписану гарантійну форму з вклеєною наліпкою серійного номеру товару, яка знаходиться в коробці імплантату. У разі відсутності такої наліпки потрібно передати фото з картки пацієнта або фото паспорту імплантату пацієнта, де є така наліпка;
- 3.6.2. рентгенівський знімок пацієнта;
- 3.6.3. простерилізований гарантійний продукт в крафт пакеті.

4. МЕЖІ ТА ОБМЕЖЕННЯ

Гарантія Straumann є єдиною гарантією, яка надається компанією Straumann, і діє разом з гарантійними обов'язками, передбаченими договором продажу.

5. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ГАРАНТІЇ

Гарантійна програма Straumann діє на території України і розповсюджується виключно на продукцію Straumann, куплену в компанії «ВАЙТ ДЕНТАЛ ГРУП».

6. ВНЕСЕННЯ ЗМІН АБО ЗАКІНЧЕННЯ ДІЇ

Straumann має право вносити зміни або закінчувати дію Гарантійної програми Straumann частково або повністю в будь-який час. Внесення змін і припинення дії Програми не впливають на виконання гарантійних зобов'язань, передбачених нею стосовно продукції Straumann, які були використані до внесення змін, чи припинення дії Гарантійної програми.

Guarantee Form/Гарантійна форма

straumann

* In order to receive removable implants, please send to representatives of «WHITE DENTAL GROUP» during three days after Removal date next/ Для повернення імплантатів, просимо Вас протягом трьох днів з моменту відторгнення імплантату відправити представникам компанії «ВАЙТ ДЕНТАЛ ГРУП»:

- packed with sterile implant, which was bought only in «WHITE DENTAL GROUP»/ стерильно запакований імплантат, який був куплений виключно в компанії «ВАЙТ ДЕНТАЛ ГРУП»;
- thoroughly filled in a form (all fields must be filled) with a sticker of LOT Number implant/ ретельно заповнену анкету (усі поля повинні бути заповнені) з вклеєною наліпкою партії імплантату;
- x-ray of the patient/рентгенівський знімок пацієнта.

CUSTOMER INFORMATION/Інформація про клієнта

Customer Account # /

Clinician's Name

Прізвище та ім'я лікаря

Address

Адреса

Рахунок клієнта

Telephone / Телефон

Country / Країна

Reported by / Заповнив

PRODUCT INFORMATION (Please list all involved Straumann Products)/Інформація по продукції (будь-ласка, впишіть усі продукти, що повертаються)

Article Number/ Артикул	LOT Number/ Номер партії	Placement Date (D/M/Y)/ Дата встановлення (д/м/р)	Removal Date (D/M/Y)/ Дата видалення (д/м/р)	Site of implant/ Ділянка імплантації

GENERAL PATIENT INFORMATION/Загальна інформація про пацієнта

Patient ID / Прізвище та ім'я пацієнта

Age/Вік

☐ Female/Жін. ☐ Male/Чол.

Medical Record / Медичні дані:

☐ Diabetes Melitus/Цукровий діабет

☐ Psychological disorder/Психічні розлади

☐ Uncontrolled endocrine illness/Неконтрольовані хвороби ендокринної системи

☐ Radiation Tx-head(neck area)/ Терапевтичне опромінення ділянки голови(шиї)

☐ Xerostomia/Ксеростомія

☐ Compromised immunoresistence/Порушення імунорезистентності

☐ Illness requiring steroids/Хвороби, які потребують застосування стероїдних препаратів

☐ Lymphatic disorder/Розлади лімфатичної системи

☐ Blood coagulation disorder/Розлади системи згортання крові

☐ Chemotherapy around time of implant placement/Хіміотерапія, застосована приблизно у той ж час , що і встановлення імплантата(ів)

☐ Drug or alcohol abuse/Зловживання медикаментами чи алкоголем

Allergies / Алергія: _____

Other local or systemic diseases which may be significant/Інші місцеві або системні хвороби, що можуть бути важливими:

_____

Does the patient smoke more than one pack/day /Чи курить пацієнт більше як 1 пачку сигарет в день? ☐ Yes/Так ☐ No/Н

☐ No significant findings/ Суттєвих патологічних змін не виявлено

IMPLANT FAILURE – Surgical Information (Complete this section if returning implants) / Рекламація по імплантату - хірургічна інформація (заповніть цей розділ у випадку повернення імплантату)

☐ Manual placement / Вкручений вручну

☐ Handpiece Adapter / Вкручений з допомогою наконечника

If implant was placed and removed the same day, was another implant successfully placed in the site during surgery?
Якщо імплантат був вкручений та вилучений того самого дня, то чи інший імплантат був успішно введений на це саме місце під час операції?

☐ Yes / Так ☐ No / Ні

if you experienced difficulty with inserting device / pre-mounted transfer part this occurred upon
Якщо у Вас виникли складнощі при використанні встановлювального пристрою/змонтованої трансферної частини, то це сталося при:

☐ Implant insertion into bone/Встановленні імплантата в кістку

☐ Removal of device from implant/Від'єднанні пристрою від імплантата

☐ Removal of implant from vial/Вийманні імплантата з ампули

☐ Other/Інше: _____

At the time of surgery, were any of the following present/ Під час хірургічної операції виявлено:

☐ Periodontal diseas/Хвороби пародонта

☐ Diseased mucous membrane/Хвороби (зміни) слизової оболонки

☐ Local infection / subacute chronic osteitis/Локальні інфекційні прояви / підгострий хронічний остеїт

☐ Complication in site preparation/Ускладнене препарування ложа для імплантата

Bone quality/Якість кістки ☐ I Type/Клас ☐ II Type/Клас ☐ III Type/Клас ☐ IV Type/Клас

Was the site tapped? / Чи використовували нарізання різьби в ложі мітчиком?	☐ Yes / Так	☐ No / Ні	☐ N/A невідомо
Holdingkey used / Чи використовували утримувальний ключ?	☐ Yes / Так	☐ No / Ні	☐ N/A невідомо
Was primary stability achieved? / Чи було досягнуто первинної стабільності?	☐ Yes / Так	☐ No / Ні	
Did implant achieve osseointegration? / Чи було досягнуто остеоінтеграції імплантату?	☐ Yes / Так	☐ No / Ні	

Was the TPS/SLA surface completely covered with bone? / Чи була шорстка поверхня імплантату повністю покрита кісткою? ☐ Yes / Так ☐ No / Ні

Was augmentation performed at the time of surgery?/Чи здійснювали під час хірургічного втручання остеопластику ?

☐ No / Ні ☐ Sinus / Синус-ліфтинг ☐ Ringe/ На альвеолярн Material used:/Використаний матеріал:_____

Was GTR membrane used?/Чи використовували GTR-мембрану? ☐ No / Ні ☐ Yes / Так

☐ Resorbable / Резорбовану ☐ Non-resorbable / Нерезорбовану Material used:/Використаний матеріал:_____

EVENT INFORMATION (Complete this section if returning implants)/
Інформація по рекламаційному випадку (заповніть цей розділ у випадку повернення імплантату)

Hygiene around implant / Гігієна довкола імплантата ☐ Excellent / Відмінна ☐ Good / Добра ☐ Fair / Задовільна ☐ Poor / Незадовільна

Were any of the following involved in the event? / Чи були фактори, що спонукали до негативного результату?

- ☐ Trauma/Accident/Травма/нещасний випадок
- ☐ Biomechanical overload/Біомеханічне перевантаження
- ☐ Immediate extraction site/Встановлення імплантата в лунку щойно видаленого зуба
- ☐ Adjacent to endodontic tooth/Поруч з ендодонтично лікованим зубом
- ☐ Implant Fracture/Злам імплантата
- ☐ Overheating of bone/Перегрів кістки
- ☐ Peri-Implantitis/Періімплантит
- ☐ Infection/Інфекція
- ☐ Tongue/Язик
- ☐ Inadequate bone quality/quantity/Неадекватна кількість /якість кістки
- ☐ Previous bone augmentation/Попередня кісткова пластика
- ☐ Nerve encroachment/Травмування нерва
- ☐ Sinus Perforation/Перфорація пазухи
- ☐ Bruxism/Бруксизм

Інше _____

At the time of implant failure, there was (check all that apply)/ При неприживленні імплантата були наявні (зазначте все виявлене):

☐ Pain/Біль ☐ Bleeding/Кровотеча ☐ Swelling/Набряк ☐ Numbness/Відсутня чутливість
☐ Mobility/Рухливість ☐ Fistula/Фістула ☐ Asymptomatic/Безсимптомно Other/Інше: _____

Was prosthesis installed?/Чи встановлено зубний протез? ☐ Yes / Так ☐ No / Ні

If yes, please complete Prosthesis information section/Якщо так, то заповніть ортопедичний розділ

Please comment on why you think the implant failed/was removed/ Поясніть, що, на Вашу думку, могло спричинити невдалий післяімплантаційний результат:

Type of prosthesis?/Тип ортопедичної конструкції?

- ☐ Grown/Коронка
- ☐ Full (upper)/Повний знімний протез (верхня щелепа)
- ☐ RPD (upper)/Частковий знімний протез (верхня щелепа)
- ☐ Telescope/Телескопічний протез
- ☐ Bridge/Мостоподібний протез
- ☐ Full (lower)/Повний знімний протез (нижня щелепа)
- ☐ RPD (lower)/Чхансятковий знімний протез (нижня щелепа)

Інше: _____

Date Abutment was installed/Дата встановлення абатменту

Date of abutment removal (D/M/Y)/Дата вилучення абатменту

Torque control device used?/ Чи було застосовано засіб для досягнення обертового моменту ? ☐ Yes/Так ☐ No/Ні ☐ Unknown/ Невідомо

Torgue applied/Сила обертового моменту становила ☐☐ Ncm

Date of temporary prosthesis installation/Дата встановлення тимчасової конструкції

Date of final prosthesis installation/Дата встановлення постійної ортопедичної конструкції

Was the recall appointment schedule followed/Чи дотримувався пацієнт рекомендацій щодо повторних контрольних відвідувань? ☐ Yes/Так ☐ No/Ні

Comments/ Коментар:

INSTRUMENTS (Complete this section if returning instruments)/ІНСТРУМЕНТИ (заповніть даний блок, якщо повертаєте інструменти)

Approximate number of uses(Cutting instruments only)/Приблизна кількість разів використання (тільки ріжучі інструменти):_____

Type of cleaning method used/Який використаний метод очистки

☐ Manual/Вручну ☐ Ultrasonic/Ультразвук ☐ Thermodesinfection/Термодезінфекція ☐ Other/Інший:_____

Type of sterilization method used/Який тип стерилізації використаний

☐ Autoclave/Автоклавування ☐ Dry heat/Сухожар ☐ Other/Інший:_____

Short description of incident/ Короткий опис випадку:

Doctor`s Signature/Підпис лікаря:_____ Date/Дата:_____