

Straumann® Guarantee

Lifetime Guarantee

Straumann®

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*
Пожиттєва 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. МЕЖИ 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

* 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 клеєною наліпкою партії імплантату;
- x-ray of the patient/рентгенівський знімок пацієнта.

CUSTOMER INFORMATION/Інформація про клієнта

Clinician's Name Прізвище та ім'я лікаря	<input type="text"/>	Customer Account # / Рахунок клієнта	<input type="text"/>
Address Адреса	<input type="text"/>	Telephone / Телефон	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Country / Країна	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Reported by / Заповнив	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GENERAL PATIENT INFORMATION/Загальна інформація про пацієнта

Patient ID / Прізвище та ім'я пацієнта Age/Вік Female/Жін. Male/Чол.

Medical Record / Медичні дані:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Melitus/Цукровий діабет | <input type="checkbox"/> Psychological disorder/Психічні розлади | <input type="checkbox"/> Uncontrolled endocrine illness/Неконтрольовані хвороби ендокринної системи |
| <input type="checkbox"/> Radiation Tx-head(neck area)/
Терапевтичне опромінення ділянки голови(ший) | <input type="checkbox"/> Xerostomia/Ксеростомія | <input type="checkbox"/> Compromised immunoresistance/Порушення імунорезистентності |
| <input type="checkbox"/> Illness requiring steroids/Хвороби,
які потребують застосування стероїдних препаратів | <input type="checkbox"/> Lymphatic disorder/Розлади лімфатичної системи | <input type="checkbox"/> Blood coagulation disorder/Розлади системи згортання крові |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapy around time of implant placement/Хімотерапія, застосована приблизно у той ж час , що і встановлення імплантата(ів) | | |
| <input type="checkbox"/> 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:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Implant insertion into bone/Встановлення імплантата в кістку | <input type="checkbox"/> Removal of device from implant/Від'єднання пристрою від імплантата |
| <input type="checkbox"/> Removal of implant from vial/Виймання імплантата з ампули | <input type="checkbox"/> Other/Інше: _____ |

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Periodontal diseases/Хвороби пародонта | <input type="checkbox"/> Diseased mucous membrane/Хвороби (зміни) слизової оболонки |
| <input type="checkbox"/> Local infection / subacute chronic osteitis/Локальні інфекційні прояви / підгострий хронічний остейт | <input type="checkbox"/> 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 рекламційному 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 Infection/Інфекція Biomechanical overload/Біомеханічне перевантаження Tongue/Язик Immediate extraction site/Встановлення імплантата в лункущойно видаленого зуба Inadequate bone quality/quantity/Неадекватна кількість /якість кістки Adjacent to endodontic tooth/Поруч з ендодонтично лікованим зубом Previous bone augmentation/Попередня кісткова пластика Implant Fracture/Злам імплантата Nerve encroachment/Травмування нерва Overheating of bone/Перегрів кістки Sinus Perforation/Перфорація пазухи Peri-Implantitis/Періімплантит 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: _____

 Yes / Так

Was prosthesis installed?/Чи встановлено зубний протез?

 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:

PROSTHESIS INFORMATION/Ортопедична інформація

Type of prosthesis?/Тип ортопедичної конструкції?

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

Інше: _____

Date Abutment was installed/Дата встановлення абатменту

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

 Yes/Так No/Ні Unknown/Невідомо

Torque control device used?/ Чи було застосовано засіб для досягнення обертового моменту ?

Torque 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: _____