

Гарантийная программа
Straumann Group



Гарантийная программа* Straumann Group

1. Получатель гарантии и объем гарантии

Настоящая гарантия («Гарантийная программа Straumann Group» в соответствии с приведенным ниже определением) предоставляется Institut Straumann AG, Базель, Швейцария («Straumann Group») только в пользу лечащего врача/стоматолога (далее по тексту «Потребитель»), объединяет в себе гарантию на бренды, входящие в Группу (Straumann®, Medentika®, Anthogyr®, Neodent® (линейка CM)) и распространяется на перечисленную ниже продукцию. Программа предусматривает бесплатную замену продукции брендов компании Straumann Group в соответствии с Разделом 2, а также некоторых компонентов системы Straumann® CARES® («Продукция Straumann Group») в соответствии с Разделом 2. Гарантийная программа предусматривает замену компонентов Straumann Group, однако не предполагает возмещения сопутствующих расходов, в том числе, но не исключительно расходов на проведение необходимого лечения.

2. Продукция Straumann Group, на которую распространяется действие гарантийной программы Straumann Group ***

	Имплантат**	Абатмент, зафиксированный на имплантате**
Срок действия гарантии 10 лет	—	Замена поврежденного абатмента Novaloc аналогичным абатментом Novaloc
Пожизненная гарантия	Замена утраченного имплантата аналогичным имплантатом и абатментом (при необходимости)	Замена поврежденного абатмента аналогичным металлическим абатментом*

* Включая балочные конструкции и мостовидные протезы с винтовой фиксацией, исключая расходные материалы и системы фиксации съемных протезов, такие как шаровидные абатменты.

** Замена отторгнувшихся имплантатов и поврежденных абатментов производится на соответствующие отторгнувшемуся имплантату и поврежденному абатменту артикулы.

*** Действует с 01.10.2021

3. Условия гарантии

Настоящим Straumann Group гарантирует, что при обнаружении дефекта любого изделия Straumann Group, выражающегося в недостаточной прочности материала или в выходе изделия Straumann Group из строя в течение гарантийного периода, указанного в Разделе 2, Straumann Group устранил его путем замены изделия на такое же или аналогичное, как изложено в Разделе 2. Гарантийный период исчисляется с момента установки изделия Straumann Group Потребителем. При этом должны быть соблюдены нижеизложенные условия гарантийного обслуживания (их соблюдение должно подтверждаться документально):

- 3.1 Изделия Straumann Group могут использоваться только в сочетании с соответствующими оригинальными компонентами, и не должны комбинироваться с изделиями других производителей;
- 3.2 Возврат изделий осуществляется в стерильном состоянии; при необходимости или в соответствии с инструкцией по применению проводится дезинфекция;
- 3.3 Доставка гарантийной продукции до офиса компании Straumann Group осуществляется силами клиента;
- 3.4 Изделия должны применяться в соответствии с инструкцией Straumann Group (в том числе инструкцией по применению) в редакции, действующей на момент лечения, и принятыми протоколами стоматологического лечения как во время, так и после лечения;
- 3.5 Пользователь должен следить за тем, чтобы пациент тщательно поддерживал гигиену полости рта;
- 3.6 Повреждение изделия в результате несчастного случая, травмы или действий пациента или иных третьих лиц, не считается Гарантийным Случаем;
- 3.7 Заполненная и подписанная гарантийная форма должна быть передана в офис компании не позднее, чем через 90 дней после возникновения гарантийного случая;
- 3.8 При использовании индивидуализированных изделий Straumann Group Пользователь должен предоставить Straumann Group данные об их конструкции.

4. Границы и ограничения

Гарантия Straumann Group является единственной гарантией, предоставляемой компанией Straumann Group, и действует вместе с гарантийными обязательствами, предусмотренными договором о продаже. Пользователь имеет право предъявлять претензии к поставщику. Straumann Group ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ЛЮБЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ, ВЫРАЖЕННЫХ ИЛИ ПОДРАЗУМЕВАЕМЫХ, И ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА УТРАЧЕННЫЙ ЗАРАБОТОК (ДОХОД), ЛЮБОЙ ПРЯМОЙ ИЛИ КОСВЕННЫЙ УЩЕРБ, А ТАКЖЕ СОПУТСТВУЮЩИЙ И ПОСЛЕДУЮЩИЙ УЩЕРБ, ПРЯМО ИЛИ КОСВЕННО СВЯЗАННЫЙ С ИЗДЕЛИЯМИ, УСЛУГАМИ ИЛИ ДАННЫМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫМИ Straumann Group.

5. Территория действия гарантии

Гарантийная программа Straumann Group действует по всему миру и распространяется исключительно на продукцию Straumann Group, приобретенную у дочерних компаний или официальных дистрибьюторов Straumann Group.

6. Внесение поправок или прекращение действия

Straumann Group имеет право вносить поправки или прекращать действие Гарантийной программы Straumann Group частично или полностью в любое время. Внесенные изменения и прекращение действия Программы не влияют на исполнение гарантийных обязательств, предусмотренных ей в отношении изделий Straumann Group, которые были применены до внесения поправок и прекращения действия Гарантийной программы.

Гарантийная форма

Отторгнувшаяся продукция отправляется на экспертизу и в дальнейшем утилизируется и не будет возвращена. Поэтому просим вас не отправлять продукцию, которая не подпадает под гарантии: формировавший десны, заглушки, временные абатменты.

№	Дата

1. ИНФОРМАЦИЯ О ПОЛЬЗОВАТЕЛЕ

ФИО врача*	<input type="text"/>	Наименование юр. лица*	<input type="text"/>
Адрес доставки*	<input type="text"/>	Телефон*	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Форма отправления	<input type="text"/>

2. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИЗДЕЛИИ (пожалуйста, укажите все отправляемые изделия Straumann Group)

Артикульный номер (ref.)*	Номер партии (LOT)*	Дата установки (ДД/ММ/ГГГГ)*	Дата удаления (ДД/ММ/ГГГГ)*	Зуб по FDI*
<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"/>

3. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (заполняется только при возврате имплантата)

Patient ID No* Возраст* Жен. Муж.

Анамнез:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Сахарный диабет | <input type="checkbox"/> Психические нарушения | <input type="checkbox"/> Неконтролируемые эндокринные заболевания |
| <input type="checkbox"/> Лучевая терапия в области головы/шеи | <input type="checkbox"/> Ксеростомия | <input type="checkbox"/> Ослабленная иммунная система |
| <input type="checkbox"/> Прием стероидов при заболеваниях | <input type="checkbox"/> Заболевания лимфатической системы | <input type="checkbox"/> Нарушения свертываемости крови |
| <input type="checkbox"/> Химиотерапия до или после установки имплантатов | <input type="checkbox"/> Злоупотребление алкоголем или наркотиками | |

Аллергические реакции: _____

Другие местные и общие заболевания: _____

Пациент является курильщиком? Да Нет

В анамнезе пациента нет ничего примечательного

*Обязательные поля

4. ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА (заполняется только при возврате имплантата)

Ручная установка Установка с помощью углового наконечника

Если в ходе одной и той же операции пациенту сначала установили имплантат, а затем удалили его, была ли проведена успешная установка нового имплантата в уже подготовленной ложе? Да Нет

Если у вас возникли сложности с использованием имплантов, это произошло во время:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Установки имплантата в кость | <input type="checkbox"/> Отвинчивания имплантов от имплантата |
| <input type="checkbox"/> Удаления имплантата из ампулы | Другое: _____ |

В момент операции у пациента наблюдался/лись:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Заболевания тканей пародонта | <input type="checkbox"/> Поражения слизистой оболочки |
| <input type="checkbox"/> Местная инфекция / подострый хронический остит | <input type="checkbox"/> Осложнения при препарировании ложа |
| Качество кости | <input type="checkbox"/> I класс <input type="checkbox"/> II класс <input type="checkbox"/> III класс <input type="checkbox"/> IV класс |
| При препарировании ложа проводилась предварительная нарезка резьбы? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно |
| Использовалось профиленое сверло BL? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно |
| Использовалось профиленое сверло TL? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно |
| Использовался удерживающий ключ? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно |
| Была достигнута первичная стабильность? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Произошла остеоинтеграция имплантата? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Поверхность имплантата была полностью покрыта костью? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

Проводились ли при установке имплантата процедуры аугментации кости? Если да, то какие?

Нет В области синуса В области гребня Использовался материал: _____

Использовалась ли мембрана для НТР?

Нет Да Резорбируемая мембрана Нерезорбируемая мембрана
Использовался материал: _____

ООО «Штрауманн»

119571, Москва, Ленинский пр-т, 119А

Тел.: +7 495 139 74 74

E-mail: order.ru@Straumann.com

www.straumann.ru

www.anthogyr.ru

www.medentika.ru