



# Гарантийная программа\* Straumann®

## 1. ПОЛУЧАТЕЛЬ ГАРАНТИИ И ОБЪЕМ ГАРАНТИИ

Настоящая гарантия («Гарантийная программа Straumann» в соответствии с приведенным ниже определением) предоставляется Institut Straumann AG, Базель, Швейцария («Straumann») только в пользу лечащего врача/стоматолога (далее по тексту «Потребитель») и распространяется на перечисленную ниже продукцию. Третьи лица, в том числе пациенты и компании-поставщики, не имеют права пользоваться Гарантийной программой Straumann. Программа предусматривает бесплатную замену компонентов Системы Дентальной Имплантации Straumann® (SDIS), а также некоторых компонентов системы Straumann® CARES® («Продукция Straumann») в соответствии с Разделом 2. Гарантийная программа Straumann предусматривает замену компонентов Straumann, однако не предполагает возмещения сопутствующих расходов, в том числе, но не исключительно расходов на проведение необходимого лечения.

## 2. ПРОДУКЦИЯ STRAUMANN, НА КОТОРУЮ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ДЕЙСТВИЕ ГАРАНТИЙНОЙ ПРОГРАММЫ STRAUMANN

	Имплантат****	Абатмент, зафиксированный на имплантате*	Реставрационная конструкция с опорой на имплантаты и естественные зубы**
Срок действия гарантии 5 лет	–	Замена поврежденного абатмента аналогичным керамическим абатментом**	Замена реставрации аналогичной керамической реставрационной конструкцией***
Срок действия гарантии 10 лет	–	Замена поврежденного абатмента аналогичным металлическим абатментом**	Замена поврежденной реставрации аналогичной металлической реставрационной конструкцией***
Пожизненная гарантия	Замена утраченного имплантата аналогичным имплантатом и абатментом (при необходимости)	–	–

\* Действует с 01.01.2016

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

\*\*\* Включая колпачки, коронки и мостовидные протезы полной анатомической формы Straumann® CARES®. ИСКЛЮЧАЯ всю остальную продукцию Straumann, в том числе вкладыши инлей, онлей и виниры Straumann® CARES®, а также компоненты, входящие в систему направленной хирургии Straumann® CARES® Guided Surgery.

\*\*\*\* Замена имплантатов производится на соответствующий отторгнувшемуся имплантату артикул.

### 3. УСЛОВИЯ ГАРАНТИИ

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

- 3.1 Изделия Straumann 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 Изделия должны применяться в соответствии с инструкцией Straumann (в том числе инструкцией по применению) в редакции, действующей на момент лечения, и принятыми протоколами стоматологического лечения как во время, так и после лечения;
- 3.4 Пользователь должен следить за тем, чтобы пациент тщательно поддерживал гигиену полости рта;
- 3.5 Повреждение изделия в результате несчастного случая, травмы или действий пациента или иных третьих лиц, не считается Гарантийным Случаем;
- 3.6 Гарантийная форма должна быть заполнена и подписана не позднее, чем через три месяца после возникновения гарантийного случая;
- 3.7 При использовании индивидуализированных изделий Straumann Пользователь должен предоставить Straumann данные об их конструкции.

### 4. ГРАНИЦЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Гарантия Straumann является единственной гарантией, предоставляемой компанией Straumann, и действует вместе с гарантийными обязательствами, предусмотренными договором о продаже. Пользователь имеет право предъявлять претензии к поставщику. STRAUMANN 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.

### 5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ГАРАНТИИ

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

### 6. ВНЕСЕНИЕ ПОПРАВОК ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ

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

# Гарантийная форма

## 1. ИНФОРМАЦИЯ О ПОЛЬЗОВАТЕЛЕ

ФИО врача	<input type="text"/>	Клиентский номер	<input type="text"/>
Адрес	<input type="text"/>	Телефон	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Форма отправлена	<input type="text"/>

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

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

## 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 имплантовода, это произошло во время:

Установки имплантата в кость  Отвинчивания имплантовода от имплантата

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  I класс  II класс  III класс  IV класс

При препарировании ложа проводилась

предварительная нарезка резьбы?  Да  Нет  Неизвестно

Использовалось профилное сверло BL?  Да  Нет  Неизвестно

Использовалось профилное сверло TL?  Да  Нет  Неизвестно

Использовался удерживающий ключ?  Да  Нет  Неизвестно

Была достигнута первичная стабильность?  Да  Нет

Произошла остеоинтеграция имплантата?  Да  Нет

Поверхность имплантата была полностью покрыта костью?  Да  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: \_\_\_\_\_

# Гарантийная форма

## 5. ИНФОРМАЦИЯ О СОБЫТИИ (заполняется только при возврате имплантата)

Гигиена области вокруг имплантата  Отличная  Хорошая  Удовл.  Неудовл.

### Наблюдалось/лась ли в данном клиническом случае?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Травма / последствия несчастного случая             | <input type="checkbox"/> Перелом имплантата | <input type="checkbox"/> Неадекватное качество / объем кости |
| <input type="checkbox"/> Биомеханическая перегрузка                          | <input type="checkbox"/> Перегрев кости     | <input type="checkbox"/> Ранеепроводиласьаугментациякости    |
| <input type="checkbox"/> Одномоментная имплантация                           | <input type="checkbox"/> Периимплантит      | <input type="checkbox"/> Повреждение нерва                   |
| <input type="checkbox"/> Установка имплантата рядом с депульпированным зубом | <input type="checkbox"/> Инфекция           | <input type="checkbox"/> Перфорация мембраны Шнайдера        |
| <input type="checkbox"/> Давление языка                                      | <input type="checkbox"/> Бруксизм           | <input type="checkbox"/> Резорбция кости                     |

Другое: \_\_\_\_\_

### В момент утраты имплантата, наблюдались (отметьте все верные утверждения):

- |   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Боль                   | <input type="checkbox"/> Кровотечение                | <input type="checkbox"/> Отечность            | <input type="checkbox"/> Онемение   |
| <input type="checkbox"/> Подвижность имплантата | <input type="checkbox"/> Свищ                        | <input type="checkbox"/> Симптомы отсутствуют | <input type="checkbox"/> Воспаление |
| <input type="checkbox"/> Гиперчувствительность  | <input type="checkbox"/> Повышенная чувствительность | <input type="checkbox"/> Абсцесс              | Другое: _____                       |

Была ли установлена реставрационная конструкция?  Нет  Да Если да, то заполните раздел 6.

Если имплантат не был удален, что при этом наблюдалось?

Размеры (мм): Резорбция \_\_\_\_\_ Дегисценция \_\_\_\_\_ Периимплантит \_\_\_\_\_ Фенестрация \_\_\_\_\_ Прочее \_\_\_\_\_

### Пожалуйста, поясните, почему, на ваш взгляд, произошла утрата имплантата / имплантат был удален:

---

---

## 6. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ (заполняется при возврате абатмента и реставрации)

Проект №: \_\_\_\_\_  Модель  Установка  После фиксации  
Тип реставрационной конструкции?  Коронка  Мост  Част. съемн. протез (в/челюсть)  Част. съемн. протез (н/челюсть)  
 Полный протез (в/челюсть)  Полный протез (н/челюсть) Другое: \_\_\_\_\_  
Дата установки абатмента [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] Дата удаления абатмента [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]  
Использовался ли динамометрический ключ?  Да  Нет  Неизвестно  
Усилие фиксации [ ][ ] Нсм

Дата установки врем. реставрации [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] Дата установки окончательной реставрации [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]

Соблюдался ли график контрольных осмотров  Да  Нет

### Описание сложившейся ситуации:

---

---

## 7. ИНСТРУМЕНТЫ (заполняется только при возврате инструментов)

Приблизительное число применений:  Первое применение  2–5  6–10  10–15  более 15  
(только для режу-щих инструментов)  
Метод очистки  Ручная  Ультразвуком  Термодезинфекция Другое: \_\_\_\_\_  
Метод стерилизации  Автоклавирувание  Сухим жаром  Химическая

### Краткое описание сложившейся ситуации:

---

---

Пожалуйста, приложите анкету и рентгенограмму (при необходимости) к стерилизованному в автоклаве изделию. Тщательно упакуйте изделия, подлежащие возврату, в пакет, ламинированный амортизирующим материалом. Несоблюдение данной рекомендации может привести к утере изделий во время доставки и аннулированию гарантии. Проведите автоклавирувание всех изделий и пометьте их как стерильные.

Пожалуйста, замените указанные изделия новыми в соответствии с условиями Гарантии Straumann

Подпись врача: \_\_\_\_\_ Дата заполнения: \_\_\_\_\_

### For internal use only

CSN  PSO  ASR  RPC  Info incomplete  Std/No

**ООО «Мед Дентал Группа»**

220100, г. Минск, ул. Сурганова, д.61, пом.33

тел.: +375 29 110 55 33

E-mail: [info@medgrupe.by](mailto:info@medgrupe.by)

[www.medgrupe.by](http://www.medgrupe.by)

[www.straumann.by](http://www.straumann.by)