

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

## Обращаем внимание!

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

### 1. ИНФОРМАЦИЯ О ПОЛЬЗОВАТЕЛЕ

ФИО врача

Адрес доставки

Наименование юр. лица

Телефон

Страна

Форма отправления

### 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

### 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:

<input type="checkbox"/> Установки имплантата в кость	<input type="checkbox"/> Отвинчивания имплантовода 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  I класс  II класс  III класс  IV класс

При препарировании ложа проводилась предварительная нарезка резьбы?  Да  Нет  Неизвестно

Использовалось профильное сверло BL?  Да  Нет  Неизвестно

Использовалось профильное 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"/> Ранее проводилась аугментация кости |
| <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"/> Заболевания лимфатической системы | <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

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: (только для режу-щих инструментов)  Первое применение  2–5  6–10  10–15  более 15

Метод очистки  Ручная  Ультразвуком  Термодезинфекция Другое: \_\_\_\_\_

Метод стерилизации  Автоклавирование  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 автоклавирование всех изделий и пометьте их как стерильные.

Подписывая настоящую Гарантийную форму, Пользователь подтверждает и соглашается, что продукция с выявленными недостатками отправляется в штаб-квартиру на экспертизу и дальнейшую утилизацию и не будет возвращена Потребителю.

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

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

### For internal use only

CSN  PSO  ASR  RPC  Info incomplete  Std/No

**ООО «Штрауманн»**

119571, Москва, Ленинский пр-т, 119А

Тел.: +7 495 139 74 74

E-mail: [order.ru@Straumann.com](mailto:order.ru@Straumann.com)

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

[www.anthogyr.ru](http://www.anthogyr.ru)

[www.medentika.ru](http://www.medentika.ru)