

STRAUMANN-GARANTIE



STRAUMANN-GARANTIE (GÜLTIG AB 1. APRIL 2012)

1. Garantieberechtigter und Garantiefumfang

Diese Garantie (nachfolgend „Straumann-Garantie“) der Institut Straumann AG, Basel, Schweiz (nachfolgend „Straumann“) gilt ausschliesslich für die im Anschluss aufgeführten Produkte und zu Gunsten des behandelnden Arztes/ Zahnarztes (nachfolgend „Anwender“). Dritte, insbesondere Patienten oder Zwischenlieferanten, können daraus keine Rechte herleiten. Die Straumann-Garantie umfasst den Ersatz von Produkten des Straumann® Dental Implant System (SDIS) und einigen festgelegten Straumann® CARES® Produkten (nachfolgend „Straumann-Produkte“) gemäss Übersicht unter Ziffer 2. Die Straumann-Garantie umfasst nur den Ersatz von Straumann-Produkten und keine sonstigen Kosten, insbesondere für erforderliche Behandlungen.

2. Im Umfang der Straumann-Garantie enthaltene Straumann-Produkte

	Implantat	Mit Implantat verbundenes Sekundärteil*	Zahn- und implantat-getragene Restauration**
Garantiezeit 5 Jahre	–	Ersatz durch ein gleichwertiges Sekundärteil aus Keramik*	Ersatz durch eine gleichwertige Restauration aus Keramik**
Garantiezeit 10 Jahre	–	Ersatz durch ein gleichwertiges Sekundärteil aus Metall*	Ersatz durch eine gleichwertige Restauration aus Metall bzw. Kunstharz-Nanokeramik**
Lebenslange Garantiezeit	Ersatz durch ein gleichwertiges Implantat und ein gleichwertiges Sekundärteil, wenn nötig	–	–

* Einschliesslich verschraubter Stege und Brücken. Ausgenommen sind Verbrauchsprodukte und retentive Produkte wie Kugelanker.

** Einschliesslich Straumann® CARES® Kappen, Vollkonturkronen und Brücken. AUSGESCHLOSSEN sind alle anderen Produkte von Straumann, insbesondere Straumann® CARES® Inlays, Onlays, Veneers, Teilkronen und Straumann® CARES® Guided Surgery Produkte.

3. Garantiebedingungen

Straumann garantiert hiermit, dass ein infolge mangelhafter Materialfestigkeit und Stabilität als defekt geltendes Straumann-Produkt innerhalb der in Ziffer 2 genannten Garantiezeiträume durch ein gleiches oder ein im Wesentlichen gleichwertiges Produkt wie in Ziffer 2 beschrieben ersetzt wird. Die oben genannten Garantiezeiträume beginnen zum Zeitpunkt der Behandlung mit einem Straumann-Produkt durch den Anwender. Voraussetzung ist jedoch, dass die folgenden Garantiebedingungen kumulativ vorliegen und belegt sind:

- 3.1 Keine Kombination von Straumann-Produkten mit Produkten anderer Hersteller;
- 3.2 Rückgabe der Straumann-Produkte in sterilem Zustand, desinfiziert, falls zutreffend, oder wie in der Gebrauchsanweisung angegeben;
- 3.3 Beachtung und Anwendung der zum Zeitpunkt der Behandlung vorliegenden Anweisungen von Straumann (u.a. in der Gebrauchsanweisung) sowie der anerkannten zahnmedizinischen Verfahrensweisen vor, während und nach der Behandlung;
- 3.4 Vom Anwender kontrollierte gute Mundhygiene seitens des Patienten;
- 3.5 Keine Herbeiführung eines Garantiefalles durch einen Unfall, ein Trauma oder einen anderen vom Patienten oder einem Dritten verursachten Schaden;
- 3.6 Einreichung eines ausgefüllten und unterschriebenen Garantiefomulars spätestens drei Monate nach Auftreten eines Garantiefalles;
- 3.7 Bei individualisierten Straumann-Produkten stellt der Anwender Straumann die Konstruktionsdaten zur Verfügung.

4. Abgrenzungen und Beschränkungen

Diese Straumann-Garantie ist die einzige Garantie von Straumann und tritt neben die Gewährleistungsrechte aus dem Liefervertrag. Dem Anwender bleibt unbenommen, Rechte gegenüber seinem Lieferanten geltend zu machen. STRAUMANN SCHLIESST JEGLICHE AUSDRÜCKLICHE ODER STILLSCHWEIGENDE GEWÄHRLEISTUNG UND JEDE HAFTUNG GEGENÜBER EINEM ANWENDER FÜR ENTGANGENEN GEWINN, UNMITTELBAREN ODERMITTELBAREN SCHADEN SOWIE NEBEN- UND FOLGESCHÄDEN, DIE DIREKT ODER INDIREKT MIT PRODUKTEN, DIENSTLEISTUNGEN ODER INFORMATIONEN VON STRAUMANN IM ZUSAMMENHANG STEHEN, AUS.

5. Anwendungsgebiet

Diese Straumann-Garantie gilt weltweit für Straumann-Produkte, die von einem mit Straumann verbundenen Unternehmen oder einem offiziellen Vertriebspartner von Straumann verkauft werden.

5. Anpassung oder Beendigung

Straumann kann diese Straumann-Garantie jederzeit vollständig oder teilweise anpassen oder beenden. Eine Anpassung oder Beendigung der Straumann-Garantie hat jedoch keinen Einfluss auf die im Rahmen dieser Straumann-Garantie gewährten Garantieleistungen für Straumann-Produkte, die vor dem Datum einer solchen Anpassung oder Beendigung eingesetzt wurden.

GARANTIEFRAGEBOGEN

1. KUNDENINFORMATIONEN

Name des Arztes	<input type="text"/>	Kundennummer	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Dokumentiert von	<input type="text"/>

2. PRODUKTINFORMATIONEN (bitte alle betroffenen Straumann-Produkte angeben)

Art. Nr.	Los Nr.	Eingesetzt am (T/M/J)	Entfernt am (T/M/J)	Regio
<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. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

Patienten ID-Nr. Alter W M

Krankengeschichte:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Psych. Störungen | <input type="checkbox"/> Nicht beh. endokrine Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich | <input type="checkbox"/> Xerostomie | <input type="checkbox"/> Kompromitierte Immunresistenz |
| <input type="checkbox"/> Kortikosteroidbehandlung | <input type="checkbox"/> Lymphstörungen | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie zur Zeit der Implantation | <input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenmissbrauch | |

Allergien: _____

Andere relevante lokale oder systemische Erkrankungen: _____

Raucht der Patient? Ja Nein

Keine relevanten Befunde

4. CHIRURGISCHE INFORMATIONEN (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

- Manuelle Einbringung Mit Handstück-Adapter

Wenn das Implantat am gleichen Tag eingesetzt und entfernt wurde,

wurde ein anderes Implantat während des Eingriffs erfolgreich an der Stelle eingebracht? Ja Nein

Traten beim vormontierten Übertragungsteil Probleme auf:

- Einbringung des Implantats in den Knochen Entfernung des Übertragungsteils vom Implantat
- Entnahme des Implantats aus dem Träger
- Andere: _____

Lag zum Zeitpunkt des Eingriffs einer der folgenden Punkte vor:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parodontalerkrankung | <input type="checkbox"/> Erkrankte Schleimhaut |
| <input type="checkbox"/> Lokale Infektion/subakute chronische Osteitis | <input type="checkbox"/> Komplikation bei der Aufbereitung des Implantatbetts |
| <input type="checkbox"/> Knochenqualität | <input type="checkbox"/> Typ III <input type="checkbox"/> Typ IV |
| <input type="checkbox"/> Typ I | <input type="checkbox"/> Typ II |
| <input type="checkbox"/> Typ II | <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend |
| <input type="checkbox"/> Gewinde vorgeschritten? | <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend |
| <input type="checkbox"/> Halteschlüssel verwendet? | |
| <input type="checkbox"/> Primärstabilität erreicht? | |
| <input type="checkbox"/> Osseointegration des Implantats erreicht? | |
| <input type="checkbox"/> Implantatoberfläche vollständig von Knochen bedeckt? | |

Wurde während der Operation eine Augmentation durchgeführt?

- Nein Sinus Kieferkamm

Verwendetes Material: _____

Wurde eine GTR-Membran verwendet?

- Nein Ja Resorbierbar

Nicht resorbierbar

Verwendetes Material: _____

5. INFORMATIONEN ZUM VORFALL (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

Hygiene um das Implantat sehr gut gut mittel schlecht

War einer oder mehrere der folgenden Punkte am Vorfall beteiligt?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trauma/Unfall | <input type="checkbox"/> Implantatbruch | <input type="checkbox"/> Ungenügende Knochenqualität/-quantität |
| <input type="checkbox"/> Biomechanische Überlastung | <input type="checkbox"/> Überhitzung des Knochens | <input type="checkbox"/> Vorhergehende Knochenaugmentation |
| <input type="checkbox"/> Sofortimplantation | <input type="checkbox"/> Peri-Implantitis | <input type="checkbox"/> Nervenkompression |
| <input type="checkbox"/> Angrenzender endodontisch versorgter Zahn | <input type="checkbox"/> Infektion | <input type="checkbox"/> Sinusperforation |
| <input type="checkbox"/> Zunge | <input type="checkbox"/> Bruxismus | <input type="checkbox"/> Knochenresorption |

Andere: _____

Beim Implantatverlust wurde folgendes festgestellt (bitte Zutreffendes angeben):

- | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Blutung | <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Taubheit |
| <input type="checkbox"/> Instabilität | <input type="checkbox"/> Fistel | <input type="checkbox"/> Asymptomatisch | <input type="checkbox"/> Entzündung |
| <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Erhöhte Sensibilität | <input type="checkbox"/> Abszess | Andere: _____ |

Wurde die Prothetik eingegliedert? Nein Ja Wenn ja, füllen Sie bitte den Abschnitt 6 aus.

Bitte beschreiben Sie, warum es Ihrer Meinung nach zum Implantatverlust kam bzw. das Implantat entfernt werden musste:

6. INFORMATIONEN ZUR PROTHETIK (bitte nur bei Rückgabe von Sekundärteilen und Restaurationen ausfüllen)

Projekt-Nr. _____ Modell Behandlung in Gebrauch
Art der Restauration? Krone Brücke Teilprothese (oben) Teilprothese (unten)
 Vollprothese (oben) Vollprothese (unten) Andere: _____
Wann wurde Sekundärteil eingesetzt?
Datum der Entfernung des Sekundärteils (T/M/J)
Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet? Ja Nein Nicht bekannt
Anzugsmoment Ncm
Datum der provisorischen Restauration
Datum der endgültigen Restauration
Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt? Ja Nein

Fallbeschreibung:

7. INSTRUMENTE (bitte nur bei Rückgabe von Instrumenten ausfüllen)

Ungefähre Zahl der Anwendungen: erstmaliger Gebrauch 2-5 6-10 10-15 über 15
(nur schneidende Instrumente)
Art der Reinigung Manuell Ultraschall Thermodesinfektion Andere: _____
Art der Sterilisation Autoklavierung Trockenhitze Chemiklavierung

Kurze Beschreibung des Vorfalls:

Bitte Fragebogen, autoklaviertes Produkt und Röntgenbilder (wie zutreffend) zurücksenden.

Für die Rücksendung eine gepolsterte Versandtasche verwenden – andernfalls könnten einzelne Gegenstände beim Versand verloren gehen und die Garantie erlöschen.

Alle Produkte **autoklavieren** und als „steril“ kennzeichnen.

Bitte ersetzen Sie die oben aufgeführten Produkte gemäss der Straumann-Garantiebestimmungen.

Unterschrift des Arztes: _____ Datum: _____

NUR FÜR INTERNEN GEBRAUCH

CSN PSO ASR RPC Info incomplete Std/No

www.straumann.com

International Headquarters

Institut Straumann AG
Peter Merian-Weg 12
CH-4002 Basel, Switzerland
Phone +41 (0)61 965 11 11
Fax +41 (0)61 965 11 01

© Institut Straumann AG, 2012. Alle Rechte vorbehalten.

Straumann® und/oder andere hier erwähnte Marken und Logos von Straumann® sind Marken oder eingetragene Marken der Straumann Holding AG und/oder ihrer verbundenen Unternehmen. Alle Rechte vorbehalten.