

Straumann® Garantie

Lebenslange Garantie

Straumann®

Dental Implant System





Straumann® Garantie*

1. GARANTIEBERECHTIGTER UND GARANTIEUMFANG

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.

Für Straumann® Roxolid® Implantate gilt die verlängerte „Roxolid® Lifetime Plus Garantie“ (lebenslange Garantie). Sie deckt den Ersatz des Roxolid® Produkts und eine zusätzliche Behandlungsentschädigung in Höhe von 1.000,00 € im Falle eines Implantatbruchs bei einem Straumann® Roxolid® Implantat ab.

2. IM UMFANG DER STRAUMANN-GARANTIE ENTHALTENE STRAUMANN-PRODUKTE

	Implantat	Mit Implantat verbundenes Sekundärteil [†]	Zahn- und implantatgetragene Restauration ^{††}
 5 Jahre Garantie	–	Ersatz durch ein gleichwertiges Sekundärteil aus Keramik einschliesslich verschraubte Stege und Brücken aus Keramik ^{**}	Ersatz durch eine gleichwertige Restauration aus Keramik ^{***}
 10 Jahre Garantie	–	Novaloc® Sekundärteile, Ersatz durch ein gleichwertiges Novaloc® Sekundärteil ^{****} Ersatz durch gleichwertige verschraubte Stege und Brücken aus Metall ^{**}	Ersatz durch eine gleichwertige Restauration aus Metall bzw. Kunstharz-Nano-Keramik ^{***}
 Lebenslange Garantie	Ersatz durch ein gleichwertiges Implantat und ein gleichwertiges Sekundärteil, wenn fertiggestellt.	Ersatz durch ein gleichwertiges Sekundärteil aus Metall	–
 Roxolid® Lifetime® Garantie	Ersatz durch ein gleichwertiges Implantat und ein gleichwertiges Sekundärteil, falls notwendig. Zudem wird mit Straumann® Roxolid® Implantaten im Falle eines Implantatbruchs eine Behandlungsentschädigung in Höhe von 1.000,00 € (nach dem 1. Januar 2016 gemeldet) gewährt.	–	–

* Gültig ab 1. September 2016

** 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.

**** Ausgenommen Matrizen und Einsätze, da diese einer natürlichen Abnutzung unterliegen.

Garantiefragebogen

1. KUNDENINFORMATION

Name des Kunden	<input type="text"/>	Kundennummer	<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)

Bei der Geltendmachung von „Roxolid® Lifetime Plus“-Ansprüchen müssen die Restauration und Angaben zur Restauration beigefügt werden (hier einfügen).

Art. Nr.	Lot.-Nr.	Eingesetzt am (TT/MM/JJJJ)	Entfernt am (TT/MM/JJJJ)	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 (Nur bei der Reklamation von Implantaten erforderlich)

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"/> Kompromittierte 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 INFORMATION (Nur bei der Reklamation von Implantaten erforderlich)

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:

<input type="checkbox"/> Einbringung des Implantats in den Knochen	<input type="checkbox"/> Entfernung des Übertragungsteils vom Implantat
<input type="checkbox"/> 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

Knochenqualität	<input type="checkbox"/> Typ I	<input type="checkbox"/> Typ II	<input type="checkbox"/> Typ III	<input type="checkbox"/> Typ IV
Gewinde vorgeschnitten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	
Bone Level Profilbohrer verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	
Tissue Level Profilbohrer verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	
Halteschlüssel verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend	
Primärstabilität erreicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Osseointegration des Implantats erreicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Implantatoberfläche vollständig von Knochen bedeckt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		

WURDE WÄHREND DER OPERATION EINE AUGMENTATION DURCHFÜHRT?

Nein Sinus Kieferkamm Verwendetes Material: _____

WURDE EINE GTR-MEMBRAN VERWENDET?

Nein Ja Resorbierbar Nicht Resorbierbar Verwendetes Material: _____

*Falls ich Patientendaten nicht mit einer anonymisierten Patienten-ID, sondern personenbezogen übermittle, liegt hierfür eine Einwilligung des Patienten vor.



ALLE BROSCHÜREN AUCH
ONLINE VERFÜGBAR
www.straumann.de/mediathek

WIR SIND FÜR SIE DA

TEL.: 0761 / 4501 333

FAX: 0800 / 4501 400

E-Mail: order.de@straumann.com

eShop: www.straumann.de/eshop

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

www.straumann.com

National Distributor

Straumann GmbH

Heinrich-von-Stephan-Straße 21

79100 Freiburg

Tel.: 0761/4501 0

Fax: 0761/4501 149

www.straumann.de

© Institut Straumann AG, 2017. 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.

Wenn Sie der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten für Werbe- oder Marktforschungszwecke widersprechen oder eine entsprechend erteilte Einwilligung widerrufen wollen, genügt eine kurze Nachricht per E-Mail an datenschutz.de@straumann.com oder per Post an Straumann GmbH, Abteilung Datenschutz, Heinrich-von-Stephan-Straße 21, 79100 Freiburg.