

Thommen Medical Garancia

Strength Safety
Excellence Confidence Performance
Responsibility Flexibility
Expertise Respectability Reliability
Efficiency Added value
Service Quality Fairness



Thommen Medical garancia

1. A garancia jogosultja és terjedelme

E garancia (az alábbiakban: «Thommen Medical garancia») a Thommen Medical AG, Grenchen, Svájc (a továbbiakban: «Thommen Medical») vállalatától kizárólag az ezt követően felsorolt termékekre és a kezelőorvos, illetve fogorvos javára (az alábbiakban: «Felhasználó») érvényes. Külső személyeknek, így pl. betegeknek vagy köztes szállítóknak abból a jogosultsága nem származik. A Thommen Medical garancia magába foglalja a Thommen implantátumrendszer termékeinek (az alábbiakban: «Thommen Medical termékek») 2. pont szerinti cseréjét. A Thommen Medical garancia csak a Thommen Medical termékek cseréjét foglalja magába, semmilyen egyéb költség - különösképpen fogtechnikai munkákért és további kezeléseikért - annak nem része.

2. A Thommen Medical garancia által tartalmazott Thommen Medical termékek

2.1. Külső szállítók termékei

A Thommen Medical rendszer egy Thommen Medical gyártmányokból és külső szállítók termékeiből álló összehangolt termékportfólió. A külső szállítók által felkínált vagy nem a Thommen Medical által terjesztett termékekkel való közös használat tilos. Garanciális teljesítményre való jogosultság nem áll fenn.

2.2. Élethosszig tartó garancia INICELL®-t tartalmazó implantátumokra

A Thommen Medical garantálja egy INICELL® felülettel ellátott implantátum - mely beültetését követően nem marad a csontban - költségmentes azonos vagy egyenértékű implantátumra való cseréjét. A Thommen Medical az implantátumot, valamint a Thommen Medical implantátum elvesztésének időpontjában implantátumra felhelyezett protetikai komponenseit cseréli.

2.3. Élethosszig tartó garancia protetikai komponensekre

A Thommen Medical bármely protetikai komponensének tönkremenetele esetén a Thommen Medical garantálja annak költségmentesen elvégzett megfelelő protetikai komponensre való cseréjét. Ez alól az ideiglenes komponensek kivételt képeznek. Az élethosszig tartó garancia csak eredeti Thommen Medical alkatrészekre érvényes.

2.4. Eszközgarancia

A Thommen Medical az összes tervezett rendeltetés tekintetében tönkremenő, illetve kopás következtében fellépő nem megfelelő működéssel jellemzett eszközt ki-cseréli. Ez alól a vágóeszközök kivételt képeznek.

3. Garanciális feltételek

A Thommen Medical ezúton garantálja a hiányos anyagszilárdság és stabilitás következtében meghibásodottnak tekintett Thommen Medical termék 2. pontban megnevezett garanciális időtartamokon belül történő azonos vagy a 2. pontban leírtak szerint lényegében egyenértékű termékre való cseréjét.



A fent nevezett garanciális időtartamok a felhasználó által Thommen Medical termékkel végzett kezelés időpontjával kezdődnek. Ennek előfeltétele azonban az alábbi garanciális feltételek közös fennállása és bizonyítása:

- 3.1 A reklamált Thommen Medical termék steril (vagy fertőtlenített, ha úgy szállították) állapotban való visszaküldése;
- 3.2 A Thommen Medical kezelés időpontjában (többek között a használati utasításban) fennálló utasításainak, valamint az elismert fogorvosi eljárás módoknak kezelés előtti, alatti és utáni betartása és alkalmazása;
- 3.3 A garanciális eset nem baleset, trauma vagy egyéb - beteg vagy külső személy által okozott - kár útján való szándékos előidézése;
- 3.4 Nem a Thommen Medical által gyártott, forgalmazott vagy javasolt termékek felhasználása esetén nem áll fenn garanciális teljesítményre vonatkozó igény.
- 3.5 Egy kitöltött és aláírt garanciális űrlap legkésőbb a garanciális esetet követő három hónapon belüli benyújtása.



4. Elhatárolások és korlátozások

A Thommen Medical minden - nyereségkiesésre, közvetlen vagy közvetett kárra, illetve mellék- vagy következménykárokra vonatkozó - kifejezett vagy hallgatólagos garanciális teljesítményt és mindennemű felelősséget kizár egy felhasználóval szemben, ha azok a Thommen Medical termékeivel, szolgáltatásaival vagy információival összefüggésben állnak.

5. Alkalmazási terület

E Thommen Medical garancia világszerte érvényes egy Thommen Medical-al összekapcsolt vállalat vagy hivatalos értékesítési partner által értékesített Thommen Medical termékekre.

6. Illesztés vagy befejezés

A Thommen Medical e garanciát bármikor teljes terjedelmében vagy részben illesztheti vagy befejezheti. A Thommen Medical garancia illesztése vagy befejezése azonban nem befolyásolja az egy ilyen illesztés vagy befejezés dátuma előtt használatba vett Thommen Medical termékekért a jelen Thommen Medical garancia keretében rendelkezésre bocsátott garanciális teljesítményeket.

7. Bejelentési kötelezettség

A Thommen Medical felhívja a felhasználó figyelmét arra, hogy a jelentésköteles eseményeket országa érvényben levő jogszabályi rendelkezései értelmében közvetlenül a gyártónak, illetve az illetékes hatóság felé továbbítani köteles.

8. Adatvédelem

A Thommen Medical felhívja a felhasználó figyelmét arra, hogy az összes érvényes adatvédelmi előírást (pl. a 2016/679 sz. EU-rendeletet (Általános Adatvédelmi Irányelv)) be kell tartani. Az összes beteg adatot anonimíálni kell. Ez annyit tesz, hogy a betegek tiszta nevei vagy kezdőbetűi röntgenképeken vagy betegjelentésekben sem nyújthatók be. Minden egyes beteg esetében egy betegazonosítót kell használni, melynek alapján nem lehet következtetni a beteg adatokra.

Garanciális kérdőív



A Thommen Medical garancia 8. pontjában leírtak szerint az összes érvényes adatvédelmi előírást be kell tartani és az összes betegadatot anonimizálni. Minden egyes beteg esetében egy betegazonosítót kell használni, melynek alapján nem lehet következtetni a betegadatokra.

1. VEVŐI ADATOK

A kezelőorvos neve és címe [Kérjük, nyomtatott betűkkel vagy pecséttel töltsse ki!]

_____	Telefon	_____
_____	Ország	_____
_____	Kapcsolattartó a praxisban	_____

2. TERMÉKINFORMÁCIÓK [Kérjük, az összes érintett Thommen Medical terméket adja meg!]

Cikkszám	Tételszám	Felhasználás dátuma (É/H/N)	Eltávolítás dátuma (É/H/N)	Régió
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____

Az esemény dátuma: _____ / _____ / _____

3. ÁLTALÁNOS BETEGADATOK [Kérjük, csak implantátumok visszaadása esetén töltsse ki!]

Betegazonosító: _____ Életkor: _____ Nő Férfi

Kórtörténet

<input type="checkbox"/> Sugárterápia fej- és nyakrész	<input type="checkbox"/> Véralvadási zavarok	<input type="checkbox"/> Pszichikai zavar
<input type="checkbox"/> Bifoszfónátkezelés	<input type="checkbox"/> Sérült immunellenállás	<input type="checkbox"/> Alkoholhat vagy drogokkal való visszaélés
<input type="checkbox"/> Kortikoszteroidos kezelés	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Xerostomia
<input type="checkbox"/> Kemoterápia a beültetés időpontjában	<input type="checkbox"/> Nem kezelt endokrin megbetegedés	Dohányos: <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem

Egyéb vonatkozó helyi vagy rendszer megbetegedések: _____

Allergiák: _____ Nincs vonatkozó lelet

4. SEBÉSZETI ADATOK [Kérjük, csak implantátumok visszaadása esetén töltsse ki!]

Kézi behelyezés Gép behelyezés

Megjegyzések [Kérjük, nyomtatott betűkkel töltsse ki!]: _____

Ha az implantátum ugyanazon napon került behelyezésre, majd kivételre, akkor a beavatkozás folyamán egy másik implantátum került-e behelyezésre azonos helyen? Igen Nem

A beavatkozás időpontjában az alábbi pontok egyike állt fenn:

<input type="checkbox"/> Parodontális megbetegedés	Csontminőség	<input type="checkbox"/> I. típus	<input type="checkbox"/> II. típus	<input type="checkbox"/> III. típus	<input type="checkbox"/> IV. típus
<input type="checkbox"/> Megbetegedett nyálkahártya	Menetvágó használata?	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem		
<input type="checkbox"/> Helyi fertőzés vagy szubakut krónikus osteitis	Elsődleges stabilitás elérve?	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem		
<input type="checkbox"/> Komplikáció az implantátum előkészítése során	Az implantátum összeintegrációja elérve?	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem		
Melyik: _____	Az implantátum felülete teljesen csonttal fedett-e?	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem		

Hajtottak-e végre csontszaporítást az operáció során?

Nem Sinus Állkapocs perem Felhasznált anyag: _____

Használtak-e GTR membránt?

Nem Igen Reszorbálható Nem reszorbálható Felhasznált anyag: _____

5. INFORMÁCIÓK AZ ESEMÉNYRŐL (Kérjük, csak implantátumok visszaadása esetén töltsse ki!)

Az implantátum körüli higiénia Nagyon jó Jó Közepes Rossz

Az alábbi pontok egyike vagy azok közül több is részese volt-e az eseménynek?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma/baleset | <input type="checkbox"/> Az implantátumágy aluldimenzionáltsága | <input type="checkbox"/> Megelőző/egyidejű csontszaporítás |
| <input type="checkbox"/> Biomechanikus túlterhelés | <input type="checkbox"/> A csont túlhevülése | <input type="checkbox"/> Csontreszorpció |
| <input type="checkbox"/> Bruxizmus | <input type="checkbox"/> Idegbecsípődés | <input type="checkbox"/> Periimplantitisz |
| <input type="checkbox"/> Implantátumtörés | <input type="checkbox"/> Sinus perforáció | <input type="checkbox"/> Fertőzés |
| <input type="checkbox"/> Azonnali beültetés | <input type="checkbox"/> Nem elégséges csontminőség, illetve -mennyiség | |

Egyéb (Kérjük, nyomtatott betűkkel töltsse ki!): _____

Az implantátum elvesztésekor az alábbiakat állapították meg (Kérjük, a megfelelő választ adja meg!):

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fájdalom | <input type="checkbox"/> Dagadás | <input type="checkbox"/> Vérzés | <input type="checkbox"/> Instabilitás |
| <input type="checkbox"/> Érzéketlenség | <input type="checkbox"/> Fekély | <input type="checkbox"/> Gyulladás | Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Megerősödött érzékenység | <input type="checkbox"/> Fekély | <input type="checkbox"/> Aszimptomatikus | |
- Betagolták-e a protetikát?** Igen Nem **Ha igen, kérjük, töltsse ki a 6. szakaszt!**

Kérjük, írja le, hogy az Ön véleménye szerint mi okozta az implantátum elvesztését, illetve miért volt szükség annak eltávolítására (Kérjük, nyomtatott betűkkel töltsse ki!):

6. INFORMÁCIÓK A PROTETIKÁRÓL (Kérjük, csak másodlagos darabok vagy helyreállítások esetén töltsse ki)

Modell Kezelés Használatban

A restauráció jellege? Korona Híd Részprotézis: Felül Alül
Teljes protézis: Felül Alül

Mikor helyeztek be másodlagos darabokat? _____ / _____ / _____ A másodlagos darab eltávolításának dátuma: _____ / _____ / _____
(É/H/N) (É/H/N)

Használták-e a MONO forgatónyomatékos racsnit? Igen Nem Ismeretlen Forgatónyomaték: _____ Ncm

Az ideiglenes helyreállítás dátuma: _____ / _____ / _____ A végleges helyreállítás dátuma: _____ / _____ / _____
(É/H/N) (É/H/N)

Végeztek-e kontrollvizsgálatot? Igen Nem

Esetleírás (Kérjük, nyomtatott betűkkel töltsse ki!):

7. ESZKÖZÖK (Kérjük, csak eszközök visszaadása esetén töltsse ki!)

Mely fúrókat használták: VECTOdrill acél VECTOdrill kerámia

Egyéb Melyik: _____

A felhasználások száma körülbelül (csak vágóeszközök esetén): Első használat 2-5-ször 6-10-szer 10-20-szor Több, mint 20-szor

A tisztítás módszere: Kézi Ultrahang Hőfertőtlenítés Egyéb: _____

A sterilizáció módszere: Autokláv Szárazhő Chemikláv

Rövid esetleírás (Kérjük, nyomtatott betűkkel töltsse ki!):

Kérjük, a kérdőívet, az autoklávozott terméket és a röntgenképeket (adott esetben) értékesítési partnerének küldje vissza!

A visszaküldéshez használjon párnázott borítékot, mert egyéb esetben egyes tárgyak a küldés során elveszhetnek és a garancia megszűnhet!

Az összes terméket **autokávozza** (ne tisztítsa) és jelölje meg a «steril» szóval!

A fent felsorolt termékeket kérjük, a Thommen Medical garanciális feltételeknek megfelelően cserélje ki!

Az orvos aláírása _____

Dátum: _____

SZÉKHELY

Thommen Medical AG
Neckarsulmstrasse 28
2540 Grenchen | Svájc
Tel.: +41 61 965 90 20
Fax: +41 61 965 90 21
info@thommenmedical.com

TERJESZTŐVÁLLALATOK

AUSZTRIA

Thommen Medical Austria GmbH
Mühlgasse 3
2322 Zwölfaxing | Ausztria
Tel.: +43 660 2011953
info@thommenmedical.at

BENELUX

Thommen Medical Benelux B.V.
Dierenriem 1
3738 TP Maartensdijk | Hollandia
Tel.: +31 30 68 68 468
Info.benelux@thommenmedical.nl

CSEHORSZÁG

C. Witt Dental spol. s r.o.
Cihlářská 643/19
602 00 Brno
Tel.: +420 739 043 449
helena.novak@cwittdental.cz

DÉL-KOREA

KMbio
02 Ho, 129, Dongseo-daero
Seobuk-gu, Cheonan-si
Chungcheonnam-do
Koreai Köztársaság
Tel.: +82 070 3141 2875
kmbio149@naver.com

FINNORSZÁG

Vector Laboratories Oy
Engelinaukio 8 B
00150 Helsinki | Finnország
Tel.: +358 400 940 700
labs@vektor.fi

FRANCIAORSZÁG

Thommen Medical France
10 avenue Gabriel Pierné
77680 Roissy-en-Brie | Franciaország
Tel.: +33 1 83 64 06 35
Fax: +33 3 89 33 52 53
infos@thommenmedical.fr

HONGKONG

Shengyuan (Hong Kong) Int. Trade Co. Ltd.
Level 13, 68 Yee Wo Street
Causeway Bay | Hongkong
Tel.: +852 530 876 41

HORVÁTORSZÁG

Futura Dental d.o.o.
Kralja Zvonimira 108
10 000 Zágráb | Horvátország
Tel.: +385 91 6814 860
info@futura-dental.hr
www.futura-dental.hr

JAPÁN

J. Morita Corporation
3-33-18, Tarumi-cho
Suita | Osaka 564-8650 | Japán
Tel.: +81 6 6384 6921
Fax: +81 6 6384 6746
www.morita.com

KÍNA

Shanghai Yujing Trading Co., Ltd.
Room G | Floor 15th | Plaza JiaFa | No.1
Lane 129 | DaTian Road | JingAn District
Shanghai | Kína
Tel.: +86 21 62723077
Fax: +86 21 62175264

KÖZEL-KELET

Star Science International GmbH
Jupiterstrasse 57
3015 Bern | Svájc
Tel.: +41 31 941 07 31
Fax: +41 31 941 07 33
star.science@bluwin.ch

LENGYELORSZÁG

C.WITT DENTAL Sp. z o. o.
Ul. Granitowa 10
87-100 Toruń | NIP 951-15-08-371 | Lengyelország
Tel.: +48 56 623 61 23
biuro@cwittdental.pl
www.cwittdental.pl

LITVÁNIA/LETTORSZÁG

LT projects, UAB
Šiaurės prospektas 5B | Kaunas
49191 Litvánia
Tel.: +370 37 201072
Mobil: +370 65 771550
info@cmp.lt
www.cmp.lt

MAGYARORSZÁG

Mori-Dent Kft.
Husz utca 9 | 1147 Budapest
Hungary
Tel.: +361 220 5443
alexandra.kiszil@morident.hu
www.morident.hu

NÉMETORSZÁG

Thommen Medical Deutschland GmbH
Am Rathaus 2
79576 Weil am Rhein | Németország
Tel.: +49 7621 422 58 30
Fax: +49 7621 422 58 41
info@thommenmedical.de

NORVÉGIA

Novus Dental AS
Johannes Bruns gate 5
0452 Oslo | Norvégia
Tel.: +47 951 07 007
post@novusdental.no
www.novusdental.no

OLASZORSZÁG

Dental Trey S.r.l.
Via Partisani, 3
47016 Fiumana | Predappio (FC) | Olaszország
Tel.: +39 0543 929111
Fax: +39 0543 940659
implantologia@dental Trey.it
www.dentalTrey.it

OROSZ FÖDERÁCIÓ

CIS – JSC Geosoft
Build. 14, Ap. 16, 3-ya Mytishchinskaya ul.
Moszkva, 129626 | Orosz Föderáció
Tel.: +7 495 663 22 11
thommenmedical@geosoft.ru

SVÁJC

Thommen Medical AG
Neckarsulmstrasse 28
2540 Grenchen | Svájc
Tel.: +41 32 644 30 20
Fax: +41 32 644 30 25
info@thommenmedical.ch

SZINGAPÚR

FONDACO Pte Ltd
7 Kaki Bukit Road 1, #03-06
Eunos Techno Link
Szingapúr 415937 | Szingapúr
Tel.: +65 6392 2806
Fax: +65 6392 1296
fondaco@fondacosg.com

SPANYOLORSÁG/PORTUGÁLIA

Thommen Medical Ibérica
C/ Los quintos n 1
03350 Cox (Alicante) | Spanyolország
Tel.: +34 96 536 10 20
Mobil: +34 606 99 78 34
info@thommeniberica.com

TAJVAN

En-Jye International Co., Ltd.
No. 18 | Lane 177 | Sec 3 | Chengde Rd.
Taipei, 103 Tajvan
Tel.: +886 2 2585 1669
Fax: +886 2 2585 0892
enjye168@gmail.com

TÖRÖKORSZÁG

Bioport Biyoljik Maddeler A., S.
Büyükdere cd. Subay evleri 9.Blok D1 Esentepe
Şişli 34394 Izstanbul | Törökország
Tel.: +90 212 2727577
Fax: +90 212 2727628
info@bioport.com.tr
www.bioport.com.tr

USA/KANADA

Thommen Medical USA L.L.C.
1375 Euclid Avenue | Suite 450
Cleveland OH 44115 | USA
Tel.: +1 866 319 9800 (díjmentes)
Fax: +1 216 583 9801
info.us@thommenmedical.com
orders.us@thommenmedical.com