

Garanzia Thommen Medical.



Garanzia Thommen Medical

1. Beneficiario e scopo della garanzia

Questa garanzia (di seguito «Garanzia Thommen Medical») della Thommen Medical AG, Grenchen, Svizzera (di seguito «Thommen Medical») vale esclusivamente per i prodotti riportati in calce e a favore del medico/odontoiatra curante (di seguito «utilizzatore»). Terzi, in particolare pazienti o fornitori intermedi, non possono derivarne diritti di alcun genere. La Garanzia Thommen Medical comprende la sostituzione di prodotti del Sistema Implantare Thommen (di seguito «Thommen Medical-Prodotti») come al punto 2. La Garanzia Thommen Medical prevede solo la sostituzione di prodotti Thommen Medical e non prevede il rimborso di altre spese, in particolare non prevede rimborsi per lavori odontotecnici e trattamenti successivi.

2. Prodotti Thommen Medical coperti dalla Garanzia Thommen Medical

2.1. Prodotti di terze parti

Poiché il sistema implantare Thommen è un'infrastruttura completa di parti originali Thommen che lavorano in sinergia per la vita del paziente, l'uso di prodotti di terze parti diversi da quelli approvati e/o distribuiti da Thommen Medical, al posto dei prodotti Thommen, annulla la garanzia Thommen Medical.

2.2. Garanzia a vita per gli impianti con INICELL®

Thommen Medical garantisce che un impianto con la superficie INICELL®, il quale dopo il suo inserimento non rimane nell'osso, viene sostituito gratuitamente con un impianto uguale o equivalente. Thommen Medical sostituisce l'impianto nonché i componenti protesici della Thommen Medical che al momento del rigetto dell'impianto erano applicati all'impianto stesso.

2.3. Garanzia a vita per componenti protesici

In caso di rottura di un qualsivoglia componente protesico della Thommen Medical, Thommen Medical ne garantisce la sostituzione gratuita con un componente protesico corrispondente. Fanno eccezione i componenti provvisori. La garanzia a vita è valida solo per i pezzi Thommen Medical originali.

2.4. Garanzia per strumenti

Thommen Medical sostituisce tutti gli strumenti Thommen Medical che non funzionano nell'uso previsto e/o non funzionano più correttamente a causa di usura. Fanno eccezione gli strumenti da taglio.

3. Condizioni di garanzia

Con la presente Thommen Medical garantisce che un prodotto della Thommen Medical considerato difettoso per resistenza del materiale e stabilità carenti viene sostituito con un prodotto uguale o sostanzialmente equivalente come indicato al punto 2 nei tempi di garanzia menzionati al punto 2.



I tempi di garanzia sopra indicati decorrono dall'inizio del trattamento con un prodotto Thommen Medical da parte dell'utilizzatore. La premessa è tuttavia che sussistano tutte le condizioni di garanzia di seguito indicate e siano dimostrate:

- 3.1 Restituzione del prodotto Thommen Medical oggetto del reclamo in condizioni sterili (oppure disinfettato);
- 3.2 Rispetto e applicazione delle indicazioni Thommen Medical esistenti al momento del trattamento (anche nelle istruzioni per l'uso) nonché delle procedure riconosciute nel campo dell'odontoiatria prima, durante e dopo il trattamento;
- 3.3 La garanzia non copre gli incidenti, i traumi o qualunque altro danno causato dal paziente o da terzi;
- 3.4 La causa del danno o del guasto è stata ricondotta all'utilizzo di parti prodotte da terzi (prodotti diversi da quelli approvati e/o distribuiti da Thommen Medical).
- 3.5 Compilazione completa e firma di un modulo di garanzia da recapitare entro tre mesi dalla comparsa di un caso di garanzia.



4. Limitazioni

Thommen Medical non concede altre garanzie, espresse o implicite, e declina qualsiasi responsabilità per perdite di guadagno e per danni diretti o indiretti, come pure per i danni collaterali e conseguenti, diretti o indiretti, correlati ai prodotti, ai servizi o alle informazioni Thommen Medical.

5. Territorialità

Questa Garanzia Thommen Medical vale in tutto il mondo per i prodotti Thommen Medical che sono stati acquistati da un'azienda collegata alla Thommen Medical oppure da un partner di vendita ufficiale della medesima.

6. Adattamento o cessazione

In qualsiasi momento Thommen Medical può adattare questa garanzia per intero o in parte oppure cessarla. Un adattamento o una cessazione della Garanzia Thommen Medical non esercita tuttavia nessun influsso sulle prestazioni di garanzia concesse nel quadro di questa Garanzia Thommen Medical per prodotti della Thommen Medical che sono stati impiegati antecedentemente alla data di un sifatto adattamento o cessazione.

7. Obbligo di segnalazione

Thommen Medical fa presente all'utilizzatore che gli episodi soggetti a segnalazione in ottemperanza alle disposizioni di legge locali vanno segnalati direttamente al produttore e/o all'autorità competente.

8. Protezione dei dati

Thommen Medical segnala all'utente la necessità di rispettare tutte le norme vigenti in materia di protezione dei dati (ad es. il Regolamento UE 2016/679 [Regolamento di base sulla protezione dei dati]). Tutti i dati dei pazienti devono essere anonimizzati, ovvero non è consentito l'utilizzo del nome reale né delle iniziali dei pazienti, neppure su radiografie o cartelle cliniche. Per ogni paziente deve essere utilizzato un numero ID che non consenta in alcun modo di risalire alla sua identità.

Modulo di garanzia



Come specificato al paragrafo 8 della garanzia Thommen Medical, devono essere rispettate tutte le norme vigenti in materia di protezione dei dati e tutti i dati dei pazienti devono essere resi anonimi. Per ogni paziente deve essere utilizzato un numero ID che non consenta in alcun modo di risalire alla sua identità.

1. INFORMAZIONI SUL CLIENTE

Nome del medico curante e indirizzo (in stampatello oppure timbro)

Telefono

Paese

Addetto nello studio

2. INFORMAZIONI SUL PRODOTTO (elencare tutti i prodotti Thommen Medical interessati)

Cod. art.	N. lotto	Data inserimento (G/M/A)	Data di rimozione (G/M/A)	Regione
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____

Data dell'evento:

____ / ____ / _____

3. INFORMAZIONI GENERALI SUL PAZIENTE (compilare questa sezione solo in caso di impianti resi)

Cod paziente: _____ Età: _____ Femmina Maschio

Dati clinici

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Radiografie torace-testa/area collo | <input type="checkbox"/> Disordini della coagulazione | <input type="checkbox"/> Disturbi psicologici |
| <input type="checkbox"/> Trattamento con bifosfonato | <input type="checkbox"/> Immunosoppressione | <input type="checkbox"/> Abuso di alcool o droghe |
| <input type="checkbox"/> Patologia richiedente steroidi | <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Xerostomia |
| <input type="checkbox"/> Chemioterapia nel periodo di inserimento dell'impianto | <input type="checkbox"/> Malattia endocrina incontrollata | Fumatore: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Altre patologie locali o sistemiche eventualmente significative: _____

Allergie: _____ Dati non significativi

4. INFORMAZIONI CHIRURGICHE (compilare questa sezione solo in caso di impianti resi)

Inserimento manuale Applicazione meccanica

Osservazioni (per cortesia in stampatello): _____

Se l'impianto è stato inserito e rimosso lo stesso giorno, è stato inserito un altro impianto con successo nel sito durante l'intervento? Sì No

Al momento dell'intervento, quali dei seguenti aspetti erano presenti:

- | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Malattia parodontale | Qualità dell'osso | <input type="checkbox"/> Tipo I | <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Tipo III | <input type="checkbox"/> Tipo IV |
| <input type="checkbox"/> Malattia della mucosa | Applicazione maschiatore? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | | |
| <input type="checkbox"/> Infezione locale/osteite cronica o subacuta | È stata raggiunta la stabilità primaria? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | | |
| <input type="checkbox"/> Complicazione nella preparazione del sito | L'impianto ha raggiunto l'osteointegrazione? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | | |
| Quale: _____ | La superficie dell'impianto è stata completamente coperta dall'osso? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | | |

È stato effettuato un aumento osseo al momento dell'intervento?

No Seno crestale Cresta

Materiale utilizzato: _____

È stata usata una membrana RGT?

No Sì Riassorbibile Non riassorbibile

Materiale utilizzato: _____

5. INFORMAZIONI SULL'EVENTO (compilare questa sezione solo in caso di impianti resi)

Igiene intorno all'impianto Ottima Buona Discreta Scarsa

Quale dei seguenti aspetti ha interessato l'evento?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trauma/Incidente | <input type="checkbox"/> Sottodimensionamento della sede dell'impianto | <input type="checkbox"/> Incremento osseo antecedente/contemporaneo |
| <input type="checkbox"/> Sovraccarico biomeccanico | <input type="checkbox"/> Surriscaldamento dell'osso | <input type="checkbox"/> Riassorbimento osseo |
| <input type="checkbox"/> Bruxismo | <input type="checkbox"/> Compressione nervosa | <input type="checkbox"/> Peri-implantite |
| <input type="checkbox"/> Frattura dell'impianto | <input type="checkbox"/> Perforazione del seno | <input type="checkbox"/> Infezione |
| <input type="checkbox"/> Implantazione immediata | <input type="checkbox"/> Qualità/quantità inadeguata dell'osso | |

Altro (per cortesia in stampatello): _____

Al momento della mancata riuscita dell'impianto, è stato riscontrato (barrare tutte le voci applicabili):

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolore | <input type="checkbox"/> Gonfiore | <input type="checkbox"/> Sanguinamento | <input type="checkbox"/> Mobilità |
| <input type="checkbox"/> Intorpidimento | <input type="checkbox"/> Fistola | <input type="checkbox"/> Infiammazione | Altro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Aumentata sensibilità | <input type="checkbox"/> Ascesso | <input type="checkbox"/> Asintomatico | |
- La protesi è stata inserita?** Sì No **In caso affermativo, si prega di compilare la sezione 6.**

Riportare le motivazioni che si pensa possano aver determinato la mancata riuscita/rimozione dell'impianto (in stampatello):

6. INFORMAZIONI SULLA PROTESI (compilare questa sezione solo in caso di abutment e restauri resi)

- Modello Inserimento In uso
- Tipo di restauro? Corona Ponte RPD: Superiore Inferiore
Completo: Superiore Inferiore
- Data di installazione della componente secondaria: _____ / _____ / _____ (G/M/A) Data rimozione della componente secondaria: _____ / _____ / _____ (G/M/A)
- È stato utilizzato il cricchetto dinamometrico MONO? Sì No Non noto Torque applicato: _____ Ncm
- Data di installazione protesi provvisoria: _____ / _____ / _____ (G/M/A) Data di installazione protesi definitiva: _____ / _____ / _____ (G/M/A)
- È stata eseguita una visita di controllo: Sì No

Descrizione dell'evento (in stampatello):

7. STRUMENTI (compilare questa sezione solo in caso di strumenti resi)

- Frese utilizzate: VECTOdrill acciaio VECTOdrill ceramica
- Altro Quale: _____
- Numero approssimativo di utilizzi (solo strumenti da taglio): Uso iniziale 2-5 x 6-10 x 10-20 x Oltre 20 x
- Metodo di pulizia usato: Manuale Ultrasuoni Termodesinfazione Altro: _____
- Metodo di sterilizzazione usato: Autoclave Calore a secco Autoclave chimica

Breve descrizione dell'incidente (in stampatello):

Si prega di restituire il questionario, il prodotto autoclavato ed eventuali radiografie (se pertinente) al proprio partner di distribuzione. Inviare gli oggetti utilizzando un sacchetto imbottito. **In caso contrario, il contenuto potrebbe andare perduto durante la spedizione, con conseguente annullamento del programma di garanzia.** Autoclavare tutti i prodotti (non pulire) ed etichettarli come **sterili**.

Ai sensi dei termini e delle condizioni di Garanzia Thommen Medical, si prega di eseminare la possibilità di sostituire i prodotti sopra elencati.

Firma del medico: _____ Data: _____

HEADQUARTERS

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

FILIALI NAZIONALI/DISTRIBUTORI

AUSTRIA

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

BENELUX

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

CINA

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

COREA DEL SUD

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

CROAZIA

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

FEDERAZIONE RUSSA

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

FINLANDIA

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

FRANCIA

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

GERMANIA

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

GIAPPONE

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

HONG KONG

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

LITUANIA/LETTONIA

ČERNIKIS MEDICAL PROJECTS, UAB
Šiaurės prospektas 5B, Kaunas
Lituania LT-49191
Tel. +370 37 201072
Cellulare +370 65 771550
info@cmp.lt
www.cmp.lt

MEDIO ORIENTE

Star Science International GmbH
Jupiterstrasse 57
3015 Berna | Svizzera
Tel. +41 31 941 07 31
Fax +41 31 941 07 33
star.science@bluewin.ch

NORVEGIA

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

POLONIA

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

REPUBBLICA CECA

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

SINGAPORE

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

SPAGNA/PORTOGALLO

Thommen Medical Ibérica
C/ Los quintos n 1
03350 Cox [Alicante] | Spagna
Tel. +34 96 536 10 20
Cellulare +34 606 99 78 34
info@thommeniberica.com

SVIZZERA

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

TAIWAN

En-Jye International Co., Ltd.
No. 18 | Lane 177 | Sec 3 | Chengde Rd.
Taipei, 103 Taiwan
Tel. +886 2 2585 1669
Fax +886 2 2585 0892
enjie168@gmail.com

TURCHIA

Bioport Biyolojik Maddeler A.Ş.
Büyükdere cd. Subay evleri 9.Blok D1 Esentepe
Şişli 34394 Istanbul | Turchia
Tel. +90 212 2727577
Fax +90 212 2727628
info@bioport.com.tr
www.bioport.com.tr

USA/CANADA

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



DISTRIBUTORE NAZIONALE ITALIA

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