Garantiefragebogen

5. INFORMATIONEN ZUM VORFALL (Nur bei der der Reklamation von Implantaten erforderlich)

Hygiene um das Implantat ☐ sehr gut ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

War einer oder mehrere der folgenden Punkte am Vorfall beteiligt?

☐ Trauma/Unfall
☐ Biomechanische Überlastung
☐ Sofortimplantation
☐ Angrenzender endodontisch versorgter Zahn
☐ Zunge
☐ Implantatbruch
☐ Überhitzung des Knochens
☐ Peri-Implantitis
☐ Infektion
☐ Bruxismus
☐ Ungenügende Knochenqualität/-quantität
☐ Vorhergehende Knochenaugmentation
☐ Nervenkompression
☐ Sinusperforation
☐ Knochenresorption

Andere: _____

Beim Implantatverlust wurde folgendes festgestellt (bitte Zutreffendes angeben):

☐ Schmerzen ☐ Blutung ☐ Schwellung ☐ Taubheit
☐ Instabilität ☐ Fistel ☐ Asymptomatisch ☐ Entzündung
☐ Überempfindlichkeit ☐ Erhöhte Sensibilität ☐ Abszess Andere: _____

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

Wenn das Implantat nicht entfernt wird: Gibt es Hinweise auf Folgendes? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ausdehnung (mm): Knochenverlust _____ Dehiszenz _____ Periimplantitis _____ Fenestration _____ Andere _____

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

_____

_____

6. INFORMATIONEN ZUR PROTHETIK

(Nur bei der Reklamation von Sekundärteilen und Restaurantionen erforderlich)

Projekt-Nr. _____

Art der Restauration? ☐ Krone ☐ Modell ☐ Behandlung ☐ in Gebrauch
☐ Brücke ☐ Teilprothese (oben) ☐ Teilprothese (unten)
☐ Vollprothese (oben) ☐ Vollprothese (unten) Andere: _____

Wann wurde Sekundärteil eingesetzt? ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Datum der Entfernung des ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

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 (Nur bei der Reklamation von Instrumenten erforderlich)

Ungefähre Zahl der Anwendungen: ☐ erstmaliger Gebrauch ☐ 2–5 ☐ 6–10 ☐ 10–15 ☐ über 15

(nur schneidende Instrumente)

Art der Reinigung ☐ Manuell ☐ Ultraschall ☐ Thermodesinfektion Andere: _____

Type of sterilization method used ☐ Autoclave ☐ Dry heat ☐ Chemiclave

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 ☐ Information unvollständig ☐ Std/No

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

Straumann Österreich
FloridoTower
Floridsdorfer Hauptstrasse 1
1210 Wien
Tel.: 01/294 06 60
FreeFax: 0800 500 884
www.straumann.at

© 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.

AT151360 09/16

Lebenslange Garantie

Straumann®

Dental Implant System

straumann
simply doing more

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 Guarantee“ (lebenslange Garantie). Sie deckt den Ersatz des Roxolid® Produkts und eine zusätzliche Behandlungsentschädigung in Höhe von EUR 1000,- 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 implantat-getragene Restauration**
Lifetime Guarantee	–	Ersatz durch ein gleichwertiges Sekundärteil aus Keramik einschliesslich verschraubte Stege und Brücken aus Keramik**	Ersatz durch eine gleichwertige Restauration aus Keramik***
10-Year Guarantee	–	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	–
Lebenslange Garantie + Garantie für Implantatbruch	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 EUR 1000,- (nach dem 1. Januar 2016 gemeldet).	–	–

* 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.

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 (ausgenommen etkon® iDent Produkte);
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 Garantieformulars spätestens drei Monate nach Auftreten eines Garantiefalles;
3.7 Bei individualisierten Straumann-Produkten stellt der Anwender Straumann die Konstruktionsdaten zur Verfügung.
3.8 Besondere Anforderungen der „Roxolid® Lifetime Plus Guarantee“:
Der Reklamationsfall muss zunächst eingereicht und genehmigt werden, bevor das Produkt ersetzt wird. Der „Roxolid® Lifetime Plus Guarantee“-Anspruch muss innerhalb von sechs Monaten nach dem Bruch online (URL) unter Angabe näherer Informationen zur Restauration geltend gemacht werden.

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.
Die „Roxolid® Lifetime Plus Guarantee“ gilt nur wenn der Anwender in folgenden Ländern praktiziert: Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Grossbritannien Italien, Kanada, Norwegen, Schweden, Schweiz, Spanien, Österreich, Tschechische Republik, Ungarn, USA.

6. 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
Anschrift
Kundennummer
Telefon
Land
Dokumentiert von

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. | Los Nr. | Eingesetzt am (T/M/J) | Entfernt am (T/M/J) | Regio

3.ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

(Nur bei der der Reklamation von Implantaten erforderlich)

Patienten ID-Nr. Alter ☐ W ☐ M

Krankengeschichte:

☐ Diabetes mellitus ☐ Psych. Störungen ☐ Nicht beh. endokrine Erkrankungen
☐ Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich ☐ Xerostomie ☐ Kompromitierte Immunresistenz
☐ Kortikosteroidbehandlung ☐ Lymphstörungen ☐ Blutgerinnungsstörung
☐ Chemotherapie zur Zeit der Implantation ☐ Alkohol- oder Drogenmissbrauch

Allergien: _____

Andere relevante lokale oder systemische Erkrankungen: _____

Raucht der Patient? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine relevanten Befunde

4. CHIRURGISCHE INFORMATIONEN (Nur bei der 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:

☐ 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:

☐ Parodontalerkrankung ☐ Erkrankte Schleimhaut
☐ Lokale Infektion/subakute chronische Osteitis ☐ Komplikation bei der Aufbereitung des Implantatbetts

Knochenqualität ☐ Typ I ☐ Typ II ☐ Typ III ☐ Typ IV
Gewinde vorgeschnitten? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht zutreffend
Bone Level Profilbohrer verwendet? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht zutreffend
Tisue Level Profilbohrer verwendet? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht zutreffend
Halteschlüssel verwendet? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht zutreffend
Primärstabilität erreicht? ☐ Ja ☐ Nein
Osseointegration des Implantats erreicht? ☐ Ja ☐ Nein
Implantatoberfläche vollständig von Knochen bedeckt? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde während der Operation eine Augmentation durchgeführt?

☐ Nein ☐ Sinus ☐ Kieferkamm Verwendetes Material: _____

Wurde eine GTR-Membran verwendet?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Resorbierbar ☐ Nicht resorbierbar
Verwendetes Material: _____