straumann
simply doing more

# Straumann® Záruka*

## 1. OSOBY, KTERÉ MOHOU VYUŽÍVAT ZÁRUKU A ROZSAH ZÁRUKY

Tato záruka (dále jen „Záruka“) poskytovaná společností Institut Straumann AG. Basilej, Švýcarsko (dále jen „Straumann“) se vztahuje na produkty popsané níže a mohou ji nárokovat pouze ošetřující lékaři/stomatologové (dále jen „Uživatel“). Třetí strany, jmenovitě pacienti nebo sub-dodavatelé nesmí nárokovat žádná práva plynoucí z této záruky firmy Straumann. Záruka firmy Straumann kryje náhradu produktů řady Straumann® Dental Implant System (SDIS) a jisté limitované produkty řady Straumann® CARES® (dále jen „produkty Straumann“), které jsou definovány v sekci 2. Záruka firmy Straumann kryje pouze náhradu produktů Straumann a nevztahuje se na krytí jakýchkoliv souvisejících nákladů včetně, avšak nikoliv s omezením, jakýchkoliv souvisejících ošetření.

Pro Straumann® Roxolid® implantáty (pouze), rozšířená „Roxolid® Lifetime Plus Záruka“. Záruka zahrnuje náhradu Roxolid® produktu a kompenzaci nákladů na ošetření jednorázovou částkou 20.000,- Kč v případech, kde došlo k fraktuře implantátu Straumann® Roxolid®.

## 2. PRODUKTY STRAUMANN KRYTÉ ZÁRUKOU FIRMY STRAUMANN

| | Implantát | Abutment spojený s implantátem* | Náhrada nesená zubem a implantátem** |
|---|---|---|---|
| 5letá záruční doba | – | Náhrada ekvivalentním keramickým abutmentem zahrnující keramické šroubovatelné třmeny a můstky** | Náhrada ekvivalentní keramickou protetickou konstrukcí*** |
| 10letá záruční doba | – | Novaloc® abutment, nahrazen ekvivalentním Novaloc® abutmentem****<br><br>Náhrada ekvivalentní kovovou šroubovatelnou kosntrukcí pro třmeny a můstky** | Náhrada ekvivalentní kovovou konstrukcí a konstrukcí z hybridní keramiky*** |
| 30letá záruční doba | Náhrada ekvivaletním implantátem a ekvivaletním abutmentem, pokud je osazen. | Náhrada ekvivaletním kovovým abutmentemt | – |
| celoživotní záruční doba | Náhrada srovnatelným implantátem a abutmentem, je-li to nutné.<br>Navíc u Straumann® Roxolid® implantátů finanční kompenzace ve výši 20.000,- Kč v případě fraktur implantátu (které se vyskytly po 1. 1. 2017). | – | – |

* Platné od 1. ledna 2017.
** S výjimkou spotřebních produktů a retentivních produktů jako jsou např. kulové hlavy.
*** Včetně korunek, kapen a můstků řady Straumann®CARES®. S výjimkou všech dalších produktů nabízených firmou Straumann, obzvláště inlejí, onlejí a fazet Straumann®CARES® stejně tak jako produktů řady Straumann®CARES® Guided Surgery (Navigovaná chirurgie).
****S vyjímkou všech matric a vložek, jelikož podléhají přirozenému a běžnému opotřebení.

## 3. PODMÍNKY ZÁRUKY

Firma Straumann zde zaručuje, že v případě jakéhokoliv defektu u produktu Straumann, který se přihodil v důsledku pevnosti materiálu a špatné stability během záruční doby uvedené v sekci 2, Straumann nahradí produkt Straumann totožným nebo ekvivalentním produktem tak, jak je uvedeno v sekci 2. Záruční doba jmenovaná výše začíná v době ošetření uživatelem, který použije produkty Straumann. Samozřejmě za předpokladu, že níže uvedené podmínky záruky jsou individuálně a celkově dodrženy a dokumentovány:

3.1 Produkty Straumann byly použity exklusivně a nebyly kombinovány s produkty jiného výrobce. (vyjímkou jsou produkty značky Createch Medical)
3.2 Straumann produkty zašlete vydezinfikované a ve sterilním balení.
3.3 Dodržení a použití instrukcí firmy Straumann (v souladu s návody k použití) platné v době ošetření stejně jako dodržení uznávaných stomatologických procedur během a po ošetření; (viz. Obj.č. 152.754cz, Základní informace o chirurgických postupech; Obj.č. 490.038cz, Základní informace Straumann® Bone Level Tapered)
3.4 Uživatel monitoruje a zajišťuje správnou ústní hygienu pacienta;
3.5 Žádná záruka neplatí pro případ nehody, traumatu nebo jiné škody způsobené pacientem nebo třetí stranou;
3.6 Záruční formulář je vyplněn a podepsán v době do tří měsíců po té, co nastala situace vyžadující uplatnění záruky.
3.7 Navrhované Straumann produkty CARES® a produtky Createch Medical je uživatel povinen doložit digitálními daty návrhu;
3.8 Speciální požadavky pro "Roxolid® Lifetime Plus Záruky":
Řádná reklamace musí být předložena nejpozději do 3 měsíců od prasknutí implantátu.
Pro uplatnění rozšířené záruky Roxolid® Lifetime Plus , musí být nejdříve uznána řádná reklamace.

## 4. LIMITY A OMEZENÍ

Tato záruka firmy Straumann je jediná záruka poskytovaná firmou Straumann a bude aplikována jako přídavek k záručním právům, která jsou součástí kupní smlouvy. Uživatel může nárokovat práva u jeho dodavatele. STRAUMANN SE ZDE ZŘÍKÁ JAKÝCHKOLIV JINÝCH ZÁRUK, VYJÁDŘENÝCH NEBO IMPLICITNÍCH A VYLUČUJE JAKOUKOLIV ODPOVĚDNOST ZA UŠLÉ ZISKY A PŘÍMÉ NEBO NEPŘÍMÉ ŠKODY UŽIVATELE STEJNĚ TAK JAKO ZA KOLATERÁLNÍ A NÁSLEDNÉ ŠKODY, PŘÍMO NEBO NEPŘÍMO SOUVISEJÍCÍ SE STRAUMANN PRODUKTY, SLUŽBAMI NEBO INFORMACEMI

## 5. ÚZEMÍ KRYTÉ ZÁRUKOU

Tato záruka firmy Straumann je platná pouze pro produkty Straumann prodávané pobočkami Straumann v jedné z následujících zemí: Rakousko, Belgie, Brazílie, Kanada, Česká republika, Dánsko, Finsko, Francie, Německo, Maďarsko, Itálie, Irsko, Japonsko, Lucembursko, Lichtenštejnsko, Mexiko, Holandsko, Norsko, Nový Zéland, Portugalsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Slovensko, Jižní Korea, Velká Británie a USA.
"Roxolid® Lifetime Plus Záruky" může uživatel uplatnit na pobočkách Straumann v jedné z následujících zemí: Rakousko, Belgie, Brazílie, Kanada, Česká republika, Dánsko, Finsko, Francie, Německo, Maďarsko, Itálie, Irsko, Japonsko, Lucembursko, Lichtenštejnsko, Mexiko, Holandsko, Norsko, Nový Zéland, Portugalsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Slovensko, Jižní Korea, Velká Británie a USA.

## 6. OMEZENÍ RUČENÍ

Straumann může změnit nebo zrušit tyto záruky kdykoliv v celém rozsahu nebo zčásti. Změny nebo ukončení záruk Straumann nebude mít vliv na produkty prodané před datem změny nebo ukončení.

# Záruční dotazník

## 1. INFORMACE O ZÁKAZNÍKOVI

Jméno lékaře

Číslo zákazníka

Adresa

Telefon

Země

Dokumentováno kým

## 2. INFORMACE O PRODUKTU (Uveďte všechny poškozené produkty Straumann)

"Roxolid® Lifetime Plus" musí být přiloženy protetické náhrady. (patří sem)

| Číslo produktu | Číslo LOT | Datum nasazení(D/M/R) | Datum odstranění (D/M/R) | Pozice |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 3.OBECNÉ ÚDAJE O PACIENTOVI (Vyplňte tuto sekci pouze při vrácení implantátů)

ID číslo pacienta  Věk  ☐ Žena  ☐ Muž

**Lékařský záznam:**

☐ Diabetes Mellitus
☐ Terapie ozářením Tx-hlava/krk
☐ Použití kortikosteroidů
☐ Chemoterapie v době implantace
☐ Psychologická porucha
☐ Xerostomie
☐ Lymfatická porucha
☐ Zneužívání drog nebo alkoholu
☐ Nekompenzované endokrinní choroby
☐ Snížení imunity
☐ Porucha srážlivosti krve

Alergie: _____

Jiné významné lokální nebo systémové choroby: _____

Kouří pacient? ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nic významného nebylo nalezeno

## 4. INFORMACE O CHIRUGICKÉM ZÁKROKU (Vyplňte tuto sekci pouze při vrácení implantátů)

☐ Manuální zavedení ☐ Zavedení adaptérem s násadcem

**Jestliže byl implantát zaveden a odstraněn ve stejný den, byl úspěšně umístěn jiný implantát během operace?**

☐ Ano ☐ Ne

**Vyskytly se potíže s předmontovaným přenosovým dílem/nosičem implantátu:**

☐ Při zavedení implantátu do kosti
☐ Při vyjmutí implantátu z nosiče ampule
☐ Při odstraňování přenosového dílu z implantátu
Jiné: _____

**Situace během operace:**

☐ Periodontální onemocnění
☐ Místní infekce/subakutní chronický zánět kosti
☐ Onemocnění sliznice
☐ Komplikace při preparaci lůžka implantace

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Kvalita kosti | ☐ Typ I | ☐ Typ II | ☐ Typ III | ☐ Typ IV |
| Byl předvrtán závit? | ☐ Ano | ☐ Ne | ☐ Nebylo potřebné | Důvod: _____ |
| Byla použita Bone level profilová fréza? | ☐ Ano | ☐ Ne | ☐ Nebylo potřebné | Důvod: _____ |
| Byla použita Tisue level profilová fréza? | ☐ Ano | ☐ Ne | ☐ Nebylo potřebné | Důvod: _____ |
| Použití vodícího klíče? | ☐ Ano | ☐ Ne | ☐ Nebylo potřebné | Důvod: _____ |
| Primární stabilita dosažena? | ☐ Ano | ☐ Ne | | |
| Oseointegrace implantátu dosažena? | ☐ Ano | ☐ Ne | | |
| Byl povrch implantátu kompletně zakrytý kostí? | ☐ Ano | ☐ Ne | | |

**Byla provedena augmentace v době operace?**

☐ Ne ☐ Sinus lift ☐ Alveolárního hřebene

Použitý materiál: _____

**Byla použita membrána GTR?**

☐ Ne ☐ Ano ☐ Resorbovatelná ☐ Neresorbovatelná

Použitý materiál: _____

## 5. INFORMACE O UDÁLOSTI (Vyplňte tuto sekci pouze při vrácení implantátů)

Hygiena okolo implantátu ☐ Vynikající ☐ Dobrá ☐ Dostačující ☐ Nedostačující

**Nastal některá z uvedených okolností během události?**

☐ Trauma/Nehoda ☐ Zlomení implantátu ☐ Neadekvátní kvalita/ množství kosti
☐ Biomechanické přetížení ☐ Přehřátí kosti ☐ Předchozí augmentace kosti
☐ Okamžitá implantace ☐ Peri-implantitis ☐ Zasažení nervu
☐ Sousední zub endodonticky ošetřen ☐ Infekce ☐ Perforace sinu
☐ Jazyk (tlak) ☐ Bruxismus ☐ Resorpce kosti

Jiné: _____

**Při ztrátě implantátu bylo zjištěno (označte vše, co se přihodilo):**

☐ Bolest ☐ Krvácení ☐ Otok ☐ Necitlivost
☐ Pohyblivost ☐ Fistula ☐ Asymptomatické ☐ Zánět
☐ Hypersensitivita ☐ Zvýšená citlivost ☐ Absces Jiné: _____

Byla usazena náhrada? ☐ Ne ☐ Ano Jestliže ano, prosím vyplňte část 6.

Množství (mm): Úbytek kosti _____ Dehiscence _____ Peri-implantitis _____ Fenestrace_____ Jiné_____

**Prosíme napište, co si myslíte že bylo příčinou ztráty implantátu, respektive proč musel být implantát odstraněn:**

_____

_____

## 6. INFORMACE O PROTETICE

| Číslo abutmentu | Číslo LOT | Datum nasazení (D/M/R) | Datum odstranění (D/M/R) | Pozice |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Číslo CAD/CAM projektu.: _____

Druh nárady? ☐ Model ☐ Ošetření ☐ Používán
☐ Korunka ☐ Můstek ☐ RPD (horní) ☐ RPD (spodní)
☐ Totální (horní) ☐ Totální (dolní) Jiné: _____

Datum nasazení provizorní náhrady ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Datum nasazení finální náhrady ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Byl dodržován rozvrh návštěv? ☐ Ano ☐ Ne Použití momentového klíče? ☐ Ano ☐ Ne ☐ Neznámo

**Popis události:** Aplikovaný točivý moment ☐☐ Ncm

_____

_____

## 7. NÁSTROJE

Přibližný počet použití: ☐ jednou ☐ 2–5 ☐ 6–10 ☐ 10–15 ☐ Více než 15
(Pouze řezné nástroje)

Typ použité čistící metody ☐ Manuální ☐ Ultrazvuková ☐ Tepelná dezinfekce Jiné: _____

Typ sterilizační metody ☐ Autokláv ☐ Horký vzduch ☐ Chemická

**Stručný popis události:**

_____

_____

Prosíme zašlete dotazník, vysterilizované produkty zataveny ve sterilním obalu a přiložte rentgenové snímky (pokud se týká události)

**Použijte obálku s ochranou výplní k vrácení předmětů- pokud tak neučiníte, mohou se zaslané produkty znehodnotit nebo ztratit a tím dojde ke zrušení záruky.**

Podpis lékaře: _____ Datum: _____

### Poznámky pouze pro interní použití

☐ CSN ☐ PSO ☐ ASR ☐ RPC ☐ Neúplné informace ☐ Std/Ne

**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

**Zastoupení v ČR**
Straumann s.r.o.
Na Žertvách 2196/34
CZ-180 00 Praha 8, Česká republika
Telefon +420 284 094 650
Fax +420 284 094 659
E-mail info.cz@straumann.com
www.straumann.cz

© Institut Straumann AG, 2015. Všechna práva vyhrazena.
Straumann® a/ nebo ostatní obchodní značky a loga z Straumann® zde jsou uvedené ochranné známky a registrované obchodní známky společnosti Straumann AG a/ nebo jejích dceřiných společností.

CE 0123 152.360/cz 09/17