

Thommen Medical- Garantie.

Stärke Sicherheit
Kraft Vertrauen Leistung
Zuverlässigkeit Flexibilität
Kompetenz Seriosität Verlässlichkeit
Effizienz Wertigkeit Ehrlichkeit
Beratung Qualität



Thommen Medical-Garantie

1. Garantieberechtigter und Garantiefumfang

Diese Garantie (nachfolgend «Thommen Medical-Garantie») der Thommen Medical AG, Grenchen, Schweiz (nachfolgend «Thommen Medical») 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 Thommen Medical-Garantie umfasst den Ersatz von Produkten des Thommen Implantatsystems (nachfolgend «Thommen Medical-Produkte») gemäss Ziffer 2. Die Thommen Medical-Garantie umfasst nur den Ersatz von Thommen Medical-Produkten und keine sonstigen Kosten, insbesondere für zahntechnische Arbeiten und weiterführende Behandlungen.

2. Im Umfang der Thommen Medical-Garantie enthaltene Thommen Medical-Produkte

2.1. Drittanbieterprodukte

Das Thommen Medical System zeichnet sich durch ein in sich abgestimmtes Produkteportfolio von Thommen Medical Fabrikaten und Drittprodukten aus. Die kombinierte Anwendung mit Drittanbieterprodukten oder Produkten, die nicht von Thommen Medical vertrieben werden, ist nicht gestattet. Es besteht kein Anspruch auf Garantieleistung.

2.2. Lebenslange Garantie für Implantate mit INICELL®

Thommen Medical garantiert, dass ein Implantat mit INICELL® Oberfläche, welches nach seiner Implantation nicht im Knochen verbleibt, kostenfrei durch ein gleiches oder gleichwertiges Implantat ersetzt wird. Thommen Medical ersetzt das Implantat sowie die prothetischen Komponenten von Thommen Medical, die zum Zeitpunkt des Implantatverlustes auf dem Implantat aufgesetzt waren.

2.3. Lebenslange Garantie für prothetische Komponenten

Beim Versagen einer beliebigen prothetischen Komponente von Thommen Medical garantiert Thommen Medical, diese Komponente durch eine entsprechende prothetische Komponente kostenfrei zu ersetzen. Ausgenommen sind provisorische Komponenten. Die lebenslange Garantie gilt nur für Thommen Medical Originalteile.

2.4. Garantie für Instrumente

Thommen Medical ersetzt alle Thommen Medical Instrumente, welche bei dem dafür vorgesehenen Verwendungszweck versagen und/oder durch Verschleiss nicht mehr richtig funktionieren. Ausgenommen sind schneidende Instrumente.

3. Garantiebedingungen

Thommen Medical garantiert hiermit, dass ein infolge mangelhafter Materialfestigkeit und Stabilität als defekt geltendes Thommen Medical-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 Thommen Medical-Produkt durch den Anwender. Voraussetzung ist jedoch, dass die folgenden Garantiebedingungen kumulativ vorliegen und belegt sind:

- 3.1 Rücksendung des beanstandeten Thommen Medical-Produktes in sterilisiertem Zustand (oder desinfiziert, wenn so geliefert);
- 3.2 Beachtung und Anwendung der zum Zeitpunkt der Behandlung vorliegenden Anweisungen von Thommen Medical (u.a. in der Gebrauchsanweisung) sowie der anerkannten zahnmedizinischen Verfahrensweisen vor, während und nach der Behandlung;
- 3.3 Keine Herbeiführung eines Garantiefalles durch einen Unfall, ein Trauma oder einen anderen vom Patienten oder einem Dritten verursachten Schaden;
- 3.4 Es besteht kein Anspruch auf Garantieleistung bei der Anwendung von Produkten, die nicht von Thommen Medical hergestellt, vertrieben oder empfohlen werden.
- 3.5 Einreichung eines ausgefüllten und unterschriebenen Garantieformulars – spätestens drei Monate nach Auftreten eines Garantiefalles.



4. Abgrenzungen und Beschränkungen

Thommen Medical schliesst jegliche ausdrückliche oder stillschweigende Gewährleistung und jede Haftung gegenüber einem Anwender für entgangenen Gewinn, unmittelbaren oder mittelbaren Schaden sowie Neben- und Folgeschäden, die direkt oder indirekt mit Produkten, Dienstleistungen oder Informationen von Thommen Medical im Zusammenhang stehen, aus.

5. Anwendungsgebiet

Diese Thommen Medical-Garantie gilt weltweit für Thommen Medical-Produkte, die von einem mit Thommen Medical verbundenen Unternehmen oder einem offiziellen Vertriebspartner von Thommen Medical verkauft werden.

6. Anpassung oder Beendigung

Thommen Medical kann diese Garantie jederzeit vollständig oder teilweise anpassen oder beenden. Eine Anpassung oder Beendigung der Thommen Medical Garantie hat jedoch keinen Einfluss auf die im Rahmen dieser Thommen Medical-Garantie gewährten Garantieleistungen für Thommen Medical-Produkte, die vor dem Datum einer solchen Anpassung oder Beendigung eingesetzt wurden.

7. Meldepflicht

Thommen Medical weist den Anwender darauf hin, dass meldepflichtige Ereignisse entsprechend den lokalen geltenden gesetzlichen Bestimmungen entweder direkt an den Hersteller und/oder an die zuständige Behörde weiter geleitet werden müssen.

8. Datenschutz

Thommen Medical macht den Anwender darauf aufmerksam, dass alle gültigen Datenschutz-Vorschriften (z.B. Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung)) zu beachten sind. Alle Patientendaten müssen anonymisiert werden. D.h. es dürfen keine Klarnamen oder Initialen von Patienten, auch nicht auf Röntgenbildern oder Patientenberichten, eingereicht werden. Für jeden Patienten muss eine Patienten ID-Nr., die keine Rückschlüsse auf Patientendaten zulässt, verwendet werden.

Garantiefragebogen

 Wie in Ziffer 8. der Thommen Medical-Garantie beschrieben, sind alle gültigen Datenschutz-Vorschriften zu beachten und alle Patientendaten zu anonymisieren. Für jeden Patienten muss eine Patienten ID-Nr., die keine Rückschlüsse auf Patientendaten zulässt, verwendet werden.

1. KUNDENINFORMATIONEN

Name des behandelnden Arztes und Anschrift (bitte in Blockschrift oder Stempel)

_____	Telefon	_____
_____	Land	_____
_____	Ansprechpartner in der Praxis	_____

2. PRODUKTINFORMATIONEN (bitte alle betroffenen Thommen Medical-Produkte angeben)

Art. Nr.	Lot Nr.	Eingesetzt am (T/M/J)	Entfernt am (T/M/J)	Region
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____

Datum des Ereignisses: _____ / _____ / _____

3. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

Patienten ID-Nr: _____ Alter: _____ W M

Krankengeschichte

<input type="checkbox"/> Strahlentherapie Kopf-/Halsbereich	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Psych. Störung
<input type="checkbox"/> Bisphosphonatbehandlung	<input type="checkbox"/> Kompromitierte Immunresistenz	<input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenmissbrauch
<input type="checkbox"/> Kortikosteroidbehandlung	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Xerostomie
<input type="checkbox"/> Chemotherapie zur Zeit der Impl.	<input type="checkbox"/> Nicht beh. endokrine Erkrankung	Raucher: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Andere relevante lokale oder systemische Erkrankungen: _____

Allergien: _____ Keine relevanten Befunde

4. CHIRURGISCHE INFORMATIONEN (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

Manuelle Einbringung Maschinelle Einbringung

Bemerkungen (bitte in Blockschrift):

Wenn das Implantat am gleichen Tag eingesetzt und entfernt wurde, wurde ein anderes Implantat während des Eingriffs erfolgreich an der gleichen Stelle eingebracht? Ja Nein

Lag zum Zeitpunkt des Eingriffes einer der folgenden Punkte vor:

<input type="checkbox"/> Parodontalerkrankung	Knochenqualität	<input type="checkbox"/> Typ I	<input type="checkbox"/> Typ II	<input type="checkbox"/> Typ III	<input type="checkbox"/> Typ IV
<input type="checkbox"/> Erkrankte Schleimhaut	Anwendung Gewindeschneider?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Lokale Infektion/ subakute chronische Osteitis	Primärstabilität erreicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Komplikation bei der Aufbereitung des Implantates	Osseointegration des Implantates erreicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Welche: _____	Implantatoberfläche vollständig vom Knochen bedeckt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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: _____

5. INFORMATIONEN ZUM VORFALL (bitte nur bei Rückgabe von Implantaten ausfüllen)

Hygiene um das Implantat Sehr gut Gut Mittel Schlecht

Waren einer oder mehrere der folgenden Punkte am Vorfall beteiligt?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma/Unfall | <input type="checkbox"/> Unterdimensionierung des Implantatbetts | <input type="checkbox"/> Vorhergehende/simultane Knochenaugmentation |
| <input type="checkbox"/> Biomechanische Überlastung | <input type="checkbox"/> Überhitzung des Knochens | <input type="checkbox"/> Knochenresorption |
| <input type="checkbox"/> Bruxismus | <input type="checkbox"/> Nervenkompression | <input type="checkbox"/> Peri-Implantitis |
| <input type="checkbox"/> Implantatbruch | <input type="checkbox"/> Sinusperforation | <input type="checkbox"/> Infektion |
| <input type="checkbox"/> Sofortimplantation | <input type="checkbox"/> Ungenügende Knochenqualität/-quantität | |

Andere (bitte in Blockschrift): _____

Beim Implantatverlust wurde folgendes festgestellt (bitte Zutreffendes angeben):

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Blutung | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Fistel | <input type="checkbox"/> Entzündung | Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Sensibilität | <input type="checkbox"/> Abszess | <input type="checkbox"/> Asymptomatisch | |
- Wurde die Prothetik eingegliedert?** Ja Nein **Wenn Ja füllen sie bitte den Abschnitt 6 aus.**

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

6. INFORMATIONEN ZUR PROTHETIK (bitte nur bei Rückgabe von Sekundärteilen und Restaurationen ausfüllen)

- Modell Behandlung In Gebrauch
- Art der Restauration? Krone Brücke
- Teilprothese: Oben Unten
Vollprothese: Oben Unten
- Wann wurden Sekundärteile eingesetzt? _____ / _____ / _____ Datum der Entfernung des Sekundärteils: _____ / _____ / _____
(T/M/J) (T/M/J)
- Wurde die MONO Drehmomentratsche verwendet? Ja Nein Nicht bekannt Drehmoment: _____ Ncm
- Datum der provisorischen Restauration: _____ / _____ / _____ Datum der endgültigen Restauration: _____ / _____ / _____
(T/M/J) (T/M/J)
- Wurde eine Kontrolluntersuchung durchgeführt? Ja Nein

Fallbeschreibung (bitte in Blockschrift):

7. INSTRUMENTE (bitte nur bei Rückgabe von Instrumenten ausfüllen)

- Welche Bohrer sind verwendet worden: VECTOdrill Stahl VECTOdrill Keramik
- Andere Welche: _____
- Ungefähre Anzahl der Anwendungen (nur bei schneidenden Instrumenten): Erstmaliger Gebrauch 2-5 x 6-10 x 10-20 x Über 20 x
- Art der Reinigung: Manuell Ultraschall Thermodesinfektion Andere: _____
- Art der Sterilisation: Autoklav Trockenhitze Chemiklav

Kurze Beschreibung des Vorfalls (bitte in Blockschrift):

Bitte Fragebogen, autoklaviertes Produkt und Röntgenbilder (wie zutreffend) an Ihren Vertriebspartner zurücksenden.

Für die Rücksendung eine gepolsterte Versandtasche verwenden – andernfalls könnten einzelne Gegenstände beim Versand verloren gehen und die Garantie erlöschen.

Alle Produkte **autoklavieren** (nicht Reinigen) und als **«steril»** kennzeichnen.

Bitte ersetzen Sie die oben aufgeführten Produkte gemäss der Thommen Medical-Garantiebestimmungen.

Unterschrift des Arztes: _____

Datum: _____

HEADQUARTERS

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

VERTRIEBSGESELLSCHAFTEN

BENELUX

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

CHINA

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

DEUTSCHLAND

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

FINNLAND

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

FRANKREICH

Thommen Medical France
10 avenue Gabriel Pierné
77680 Roissy-en-Brie | Frankreich
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

ITALIEN

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

JAPAN

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

KROATIEN

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

LITAUEN/LETTLAND

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

NAHER OSTEN

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

NORWEGEN

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

ÖSTERREICH

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

POLEN

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

RUSSISCHE FÖDERATION

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

SCHWEIZ

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

SINGAPUR

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

SPANIEN/PORTUGAL

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

SÜDKOREA

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

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
enjye168@gmail.com

TSCHECHIEN

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

TÜRKEI

Bioport Biyolojik Maddeler A.Ş.
Büyükdere cd. Subay evleri 9.Blok D1 Esentepe
Şişli 34394 İstanbul | Türkei
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 (toll free)
Fax +1 216 583 9801
info.us@thommenmedical.com
orders.us@thommenmedical.com