

# 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 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.

### 2.3 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).



#### **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 siffatto 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.

# Questionario di garanzia

 In riferimento nuovo Regolamento Europeo GDPR (General Data Protection Regulation) finalizzato alla protezione dei dati dei cittadini è necessario non inserire il nome o le iniziali del paziente sul questionario e sulla documentazione allegata, per assicurarne l'anonimità. Non saranno accettati resi di prodotti Thommen con moduli non compilati correttamente.

## 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)	Sito dell'impianto
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____
_____	_____	____ / ____ / _____	____ / ____ / _____	_____

**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"/> Immunosensibilità compromessa    | <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 stampello): \_\_\_\_\_

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  
enjye168@gmail.com

##### TURCHIA

Bioport Biyolojik Maddeler A.Ş.  
Büyükdere cd. Subay evleri 9.Blok D1 Esentepe  
Şişli 34394 İstanbul | 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