

# 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