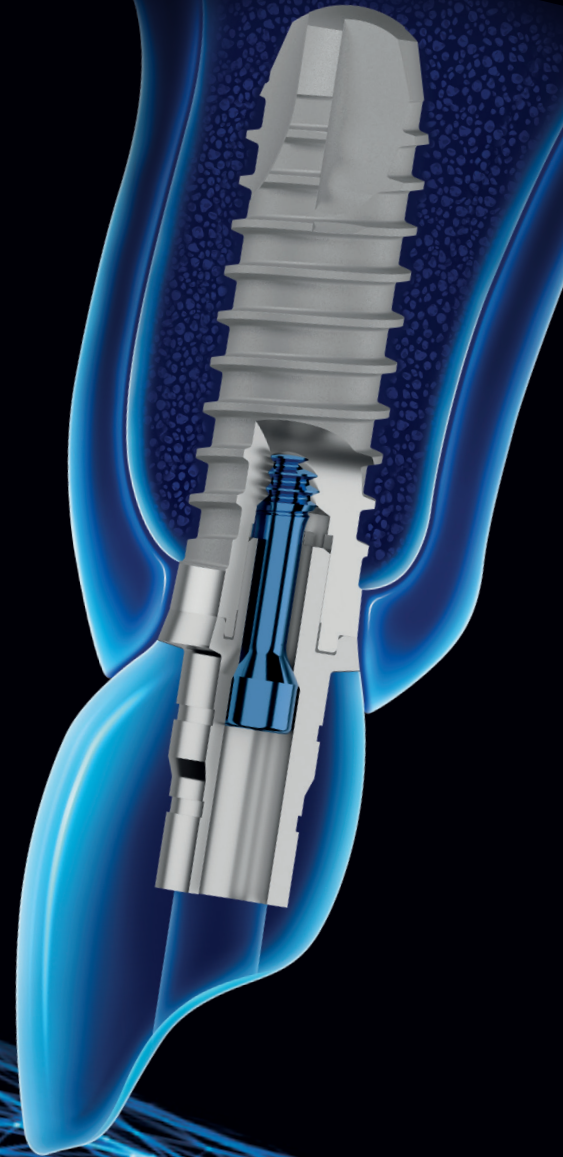


THE MULTIGUARD

Protection Solution



Driven by science, not trends.

Das Thommen Medical Dental- implantatsystem

Unser Implantatsystem basiert auf dem einzigartigen und bewährten Konzept «MULTIGUARD Protection Solution», welches über drei Jahrzehnte klinisch optimiert wurde.

THE MULTIGUARD Protection Solution

Ein Zusammenspiel von innovativen Designmerkmalen, welche die mechanische Integrität des Implantates bewahren und für optimale biologische Verhältnisse sorgen, ein Leben lang.

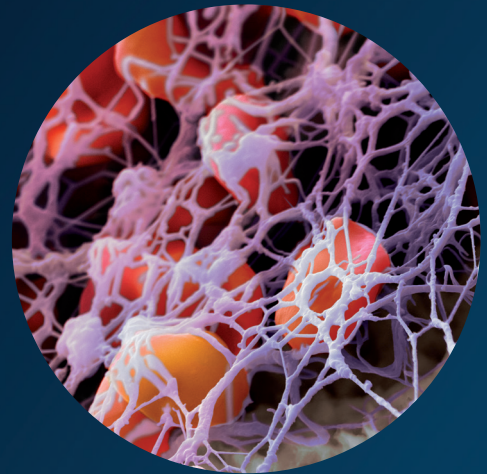


INTEGUARD® Matrix

Für optimale Knochenverhältnisse

Eine schnellere Osseointegration wird durch die Implantatoberfläche INICELL® ermöglicht. INICELL® ist der superhydrophile Oberflächenzustand der bewährten sandgestrahlten und säuregeätzten Implantatoberfläche.

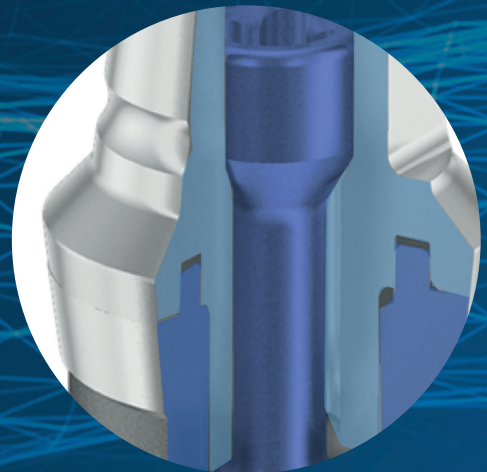
Foto: © Martin Oeggerli / www.micronaut.ch



EVERGUARD® Verbindung

Für mechanische Langzeitstabilität

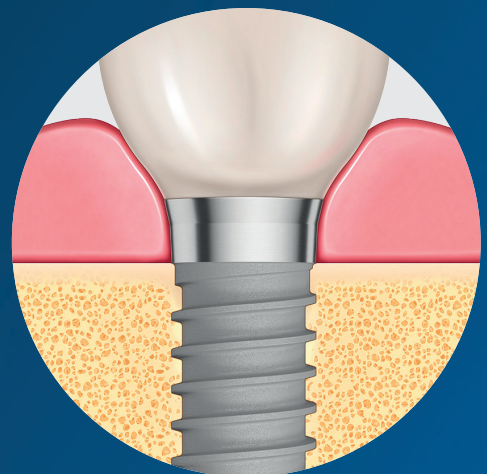
Die hochpräzise EVERGUARD® Verbindung mit Innen-sechskant und Stabilisierungsring sorgt für die Langzeitstabilität der Implantat-Abutment-Verbindung.



TISSUEGUARD® Implantathals

Für optimale Weichgewebsverhältnisse

Der maschinerte TISSUEGUARD® Implantathals begünstigt die Adaptation des Weichgewebes und beugt Knochenverlust vor.



INTEGUARD® Matrix

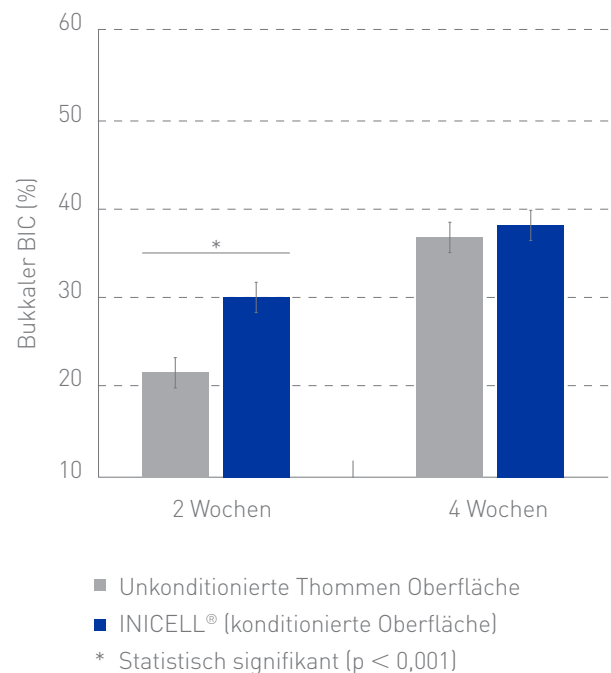
Für optimale Knochenverhältnisse

Die INTEGUARD® Matrix mit der superhydrophilen Implantatoberfläche INICELL® bietet mehr Sicherheit in der frühen Einheilphase durch schnellere Osseointegration (1–3).

Alle Thommen Implantate werden aus kaltverformtem Reintitan Grad 4 hergestellt. Dieses Material kombiniert hohe mechanische Festigkeit mit ausgezeichneter Biokompatibilität (4). INICELL® ist der konditionierte Zustand der sandgestrahlten und thermisch säuregeätzten Thommen Implantatoberfläche. Die Konditionierung der Oberfläche erfolgt unmittelbar vor der Implantation durch den Kontakt mit der Konditionierungslösung. Dieser Prozess erhöht die Oberflächenenergie und verbessert die Benetzbarkeit, wodurch die Implantatoberfläche superhydrophil, d. h. spontan benetzbar, wird (5). Die klinisch bewährte Mikrorauigkeit der Thommen Implantatoberfläche (6–9) wird durch die Superhydrophilie nicht verändert.

Die verbesserte Benetzbarkeit führt zu einer homogenen Adsorption von Proteinen auf der Implantatoberfläche sowie einer grösseren Anzahl aktivierter Thrombozyten (10), was in einem homogeneren und dickeren Blutkoagulum im Vergleich zu unkonditionierten Oberflächen resultiert (11). Auf molekularer Ebene sind MMPs, BMP-2 und VEGF auf der INICELL® Oberfläche in höheren Konzentrationen vorhanden, verglichen mit der unkonditionierten Oberfläche (11, 12). Diese Faktoren beschleunigen den frühen Osseintegrationsprozess.

Nach 14 Tagen zeigt die INICELL® Oberfläche 40% mehr Knochen-Implantat-Kontakt (BIC) im Vergleich zur unkonditionierten Oberfläche (13).



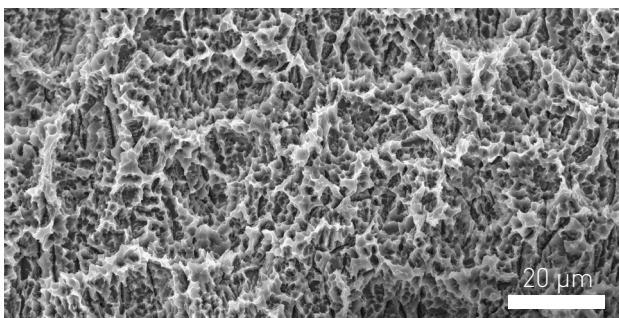
40% mehr bukkaler BIC bei INICELL® Implantaten im Vergleich zu unkonditionierten Implantaten. Tiermodell: Extraktionsalveole im Hund (13).



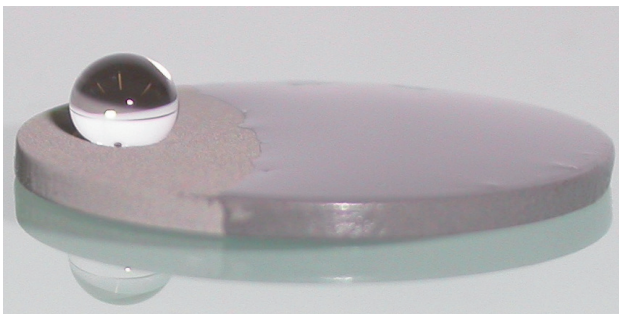
Foto: © Martin Oeggerli / www.micronaut.ch

INICELL® Oberfläche

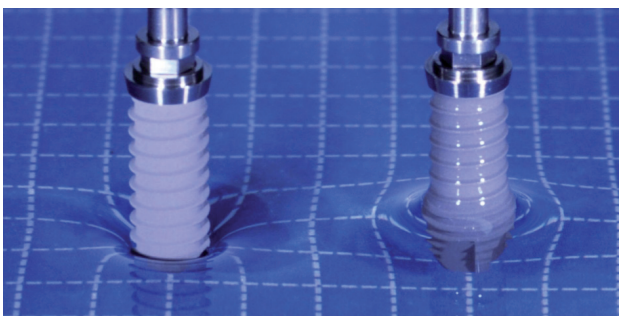
Die sofort bioverfügbare INICELL® Oberfläche unterstützt und beschleunigt die physiologischen Prozesse der Wundheilung und frühen Osseointegration.



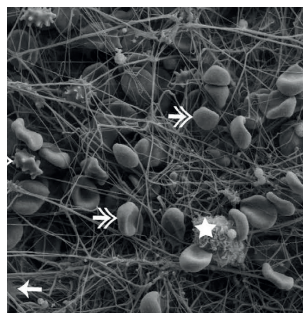
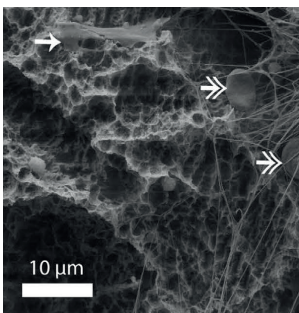
Rasterelektronenmikroskop-(REM-)Aufnahme der sandgestrahlten und thermisch säuregeätzten Thommen Implantatoberfläche.



Sandgestrahltes und thermisch säuregeätztes Modellsubstrat mit Wasser auf der unkonditionierten (links) und der konditionierten INICELL® Oberfläche (rechts).



Benetzungsversuch eines ELEMENT® Implantates mit unkonditionierter Oberfläche (links) und INICELL® (rechts).

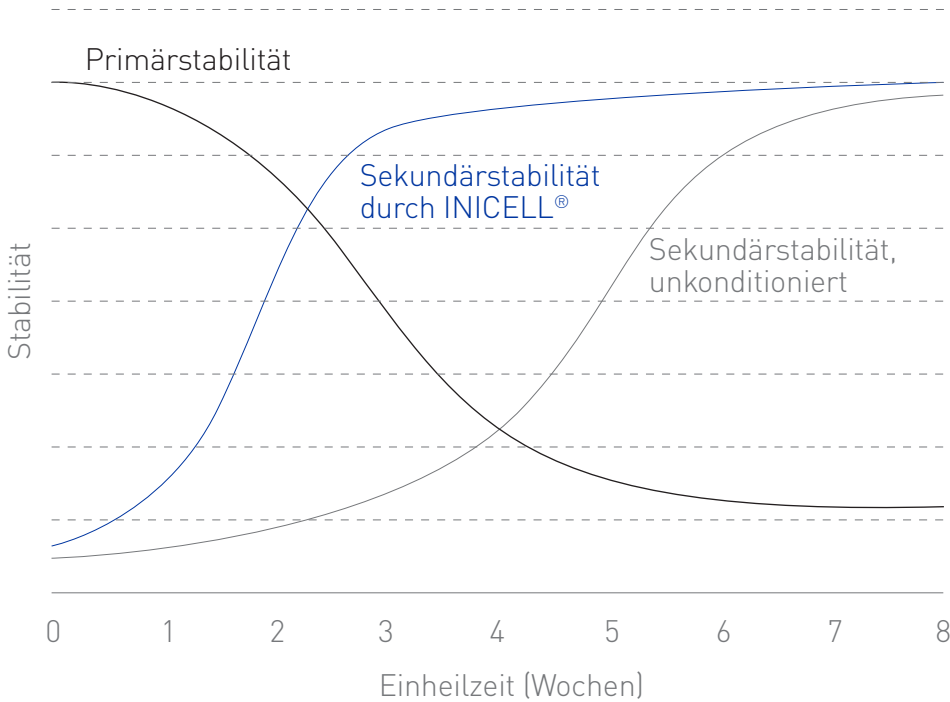


- ★ Leukocyte
- Platelet
- ⇒ RBC

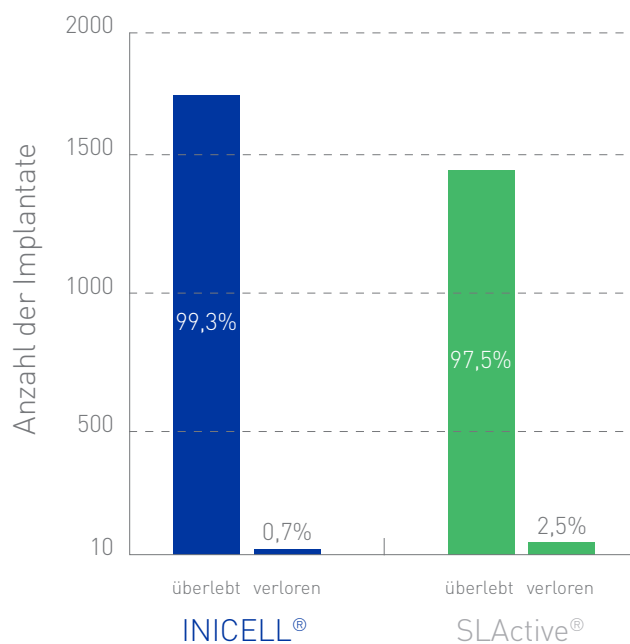
INICELL® fördert die Blutgerinnungsbildung auf der Implantatoberfläche. Links: unkonditionierter Oberfläche (links) und INICELL® (rechts) (11).

Das Ergebnis ist eine schnellere Osseointegration und damit eine kürzere Einheilzeit der INICELL® Implantate (1, 14, 15). Dies reduziert das Risiko von Frühmisserfolgen: Der

Übergang von der mechanischen Primärstabilität zur biologischen Langzeit-Sekundärstabilität, der Osseointegration, wird verkürzt (2, 16).



Kumulative Überlebensrate (3)
 $p < 0,001$ (Pearson-Chi-Quadrat-Test)



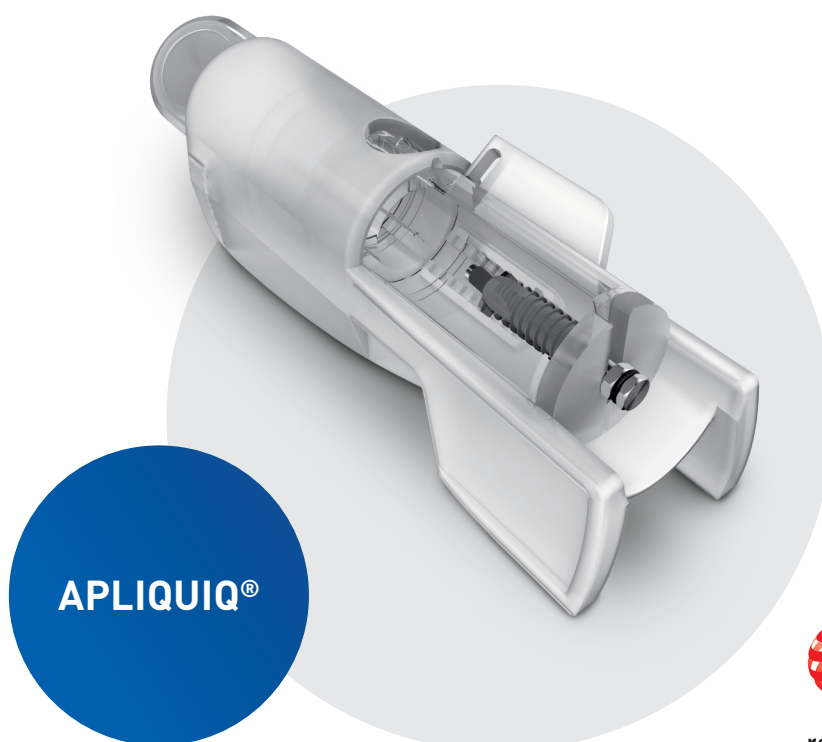
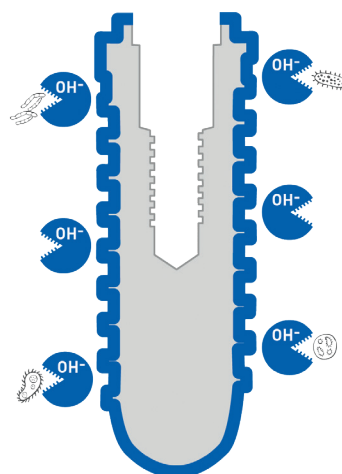
Klinisch geringere Verlustraten mit INICELL® im Vergleich zu alternativen hydrophilen Implantaten (3).

Die alkalische und superhydrophile Oberfläche INICELL® wird mit dem APLIQUIQ® Konditioniersystem unmittelbar vor der Implantation generiert.

Die Konditionierungslösung wird getrennt vom Implantat in der Kartusche aufbewahrt. Durch Drücken der Kartusche und anschließendes kräftiges Schütteln wird das Implantat von der Konditionierungslösung umspült und aktiviert.

Die Konditionierungslösung ist stark alkalisch, mit einem pH-Wert über 12. Die freien Hydroxyl-Ionen (OH^-), die für den hohen pH-Wert verantwortlich sind, haben eine antimikrobielle Wirkung [17, 18].

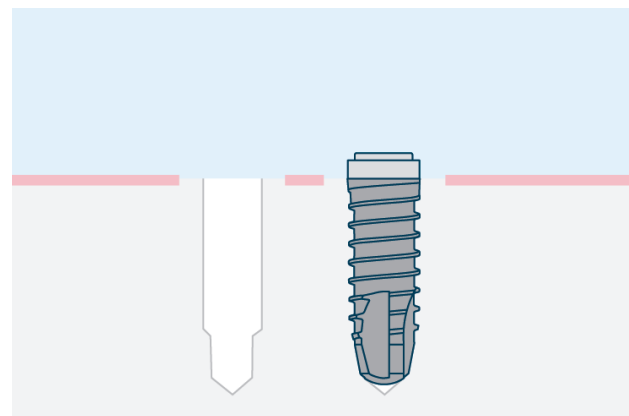
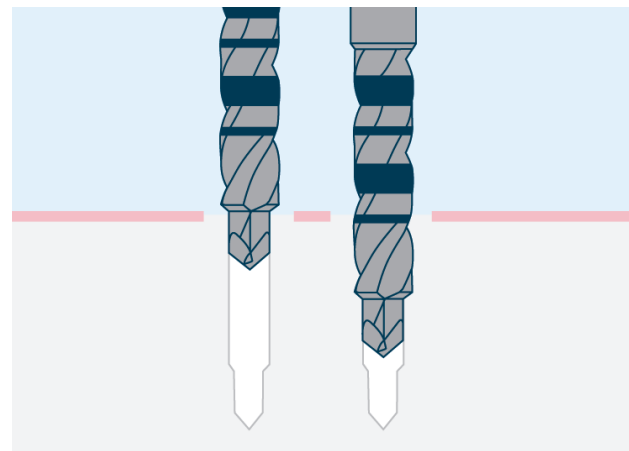
Sie schützen die Implantatoberfläche von der Entnahme des Produkts aus der Sterilverpackung bis zum ersten Blutkontakt. Der hohe pH-Wert wird sofort durch das Blut gepuffert; gleichzeitig ermöglicht die superhydrophile Implantatoberfläche eine spontane und homogene Proteinadsorption und schafft so die Grundlage für eine schnelle und erfolgreiche Osseointegration.



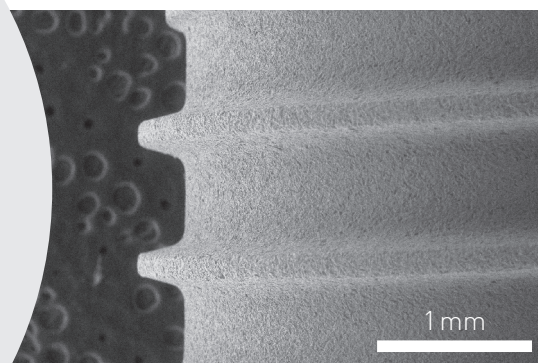
reddot design award



Der einzigartige VECTOdrill™ Bohrer schafft zusammen mit dem selbstschneidenden Implantat, dessen Gewindeprofil und der superhydrophilen INICELL® Oberfläche die optimalen Voraussetzungen für eine schnelle und zuverlässige Osseointegration. Die VECTOdrill™ Bohrer verfügen über eine abgestufte Spitze, die ein geführtes Bohren in der mit dem vorhergehenden Bohrer geschaffenen Knochenkavität ermöglicht. Diese automatische Achsenführung verhindert das Abgleiten des Bohrers und gewährleistet ein präzise geformtes Implantatbett. Die perfekte Kongruenz des Implantatbetts mit dem Kerndurchmesser des selbstschneidenden Implantats führt zu einer optimalen Primärstabilität.



Die Implantatbettaufräsbereitung mit den VECTOdrill™ Bohrern schafft in Kombination mit dem selbstschneidenden Implantat und dem trapezförmigen Gewindeprofil die Voraussetzungen für optimale Primärstabilität.



Das Thommen Guided Surgery System mit der integrierten Führung bietet eine einfache Handhabung bei präziser Bohrung. In Kombination mit der VECTOdrill™ Führungsspitze ist das System optimal geführt. Auf separate Bohrlöffel wurde bewusst verzichtet.

Das System ist in die marktführenden Planungssysteme integriert.

EVERGUARD® Verbindung



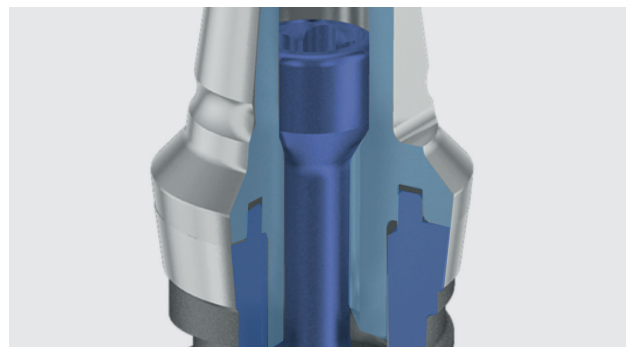
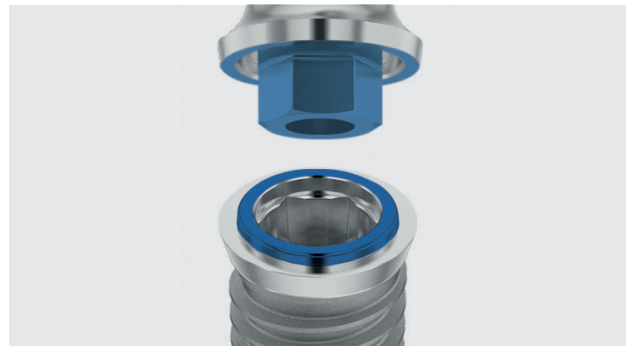
Für mechanische Langzeitstabilität

Die hochpräzise EVERGUARD® Verbindung mit Innensechskant und Stabilisierungsring sorgt für die Langzeitstabilität der Implantat-Abutment-Verbindung. Sie hat sich in mehr als 35 Jahren klinischer Praxis bewährt.

Die Implantat-Abutment-Verbindung ist das Herzstück eines jeden Implantatsystems. Sie ist das Bindeglied zwischen dem im Knochen verankerten Implantat und der prothetischen Versorgung. Die Implantat-Abutment-Verbindung muss eine ästhetisch ansprechende prothetische Versorgung und eine einfache Pflege und Nachsorge ermöglichen.

Der Innensechskant der EVERGUARD® Verbindung ist mit höchster Präzision gefertigt und erlaubt eine äusserst genaue Übertragung der Implantatposition auf das Meistermodell, was wiederum eine perfekte Passung der prothetischen Versorgung gewährleistet. Auch bei Einzelzahnversorgungen bietet der Innensechskant eine präzise Rotationssicherung und Stabilität.

Das einzigartige Konstruktionsmerkmal der EVERGUARD® Verbindung ist der Stabilisierungsring auf der Implantatplattform. Der Stabilisierungsring zentriert das Abutment auf dem Implantat und nimmt den grössten Teil der lateralen Kaukräfte auf. Er verleiht der Implantat-Abutment-Verbindung optimale mechanische Stabilität und minimiert Mikrobewegungen auf Knochen und Weichgewebsebene. Zusätzlich reduziert der Stabilisierungsring die Kontaktfläche zwischen



Implantat und Abutment, sodass eine hohe Flächenpressung im Randbereich schon bei niedrigem Anzugsmoment der Abutmentschraube erreicht wird. Daraus resultiert die bestmögliche Abdichtung gegen Körperflüssigkeiten.

Die exakte Passung von Abutment und Implantat ermöglicht einerseits eine problemlose Sondierbarkeit, andererseits eine optimale Reinigbarkeit und lässt dabei keine Nischen und Ecken für Bakterien.

In der EVERGUARD® Verbindung wird das Abutment axial präzise auf der Implantatschulter positioniert. Dadurch wird eine axiale Diskrepanz, welche bei konischen Verbindungen entsteht, zuverlässig vermieden und ein perfekter passiver Sitz kann selbst bei grossen mehrgliedrigen verschraubten Versorgungsgliedern erreicht werden [19].

Die axial definierte Abutmentposition der EVERGUARD® Verbindung verhindert jegliche Keilwirkung im Implantat. Bei konischen Verbindungen wird in der klinischen Anwendung eine Keilwirkung im Implantat beobachtet, die durch das Absinken des Abutments in das Implantat entsteht [20, 21].

Dank der axial definierten Abutmentposition der EVERGUARD® Verbindung wird die Vorspannung der Abutmentschraube aufrechterhalten und Schraubenlockerungen werden vermieden [22]. Das Nachziehen der Abutmentschrauben, welches bei konischen Verbindungen im klinischen Einsatz notwendig ist, um den durch die Keilwirkung verursachten Vorspannungsverlust zu kompensieren, entfällt [23].

Die EVERGUARD® Verbindung wurde mit der Unterstützung von rechnerischen und experimentellen Methoden entwickelt. Besonderes

Augenmerk wurde auf die Festigkeit des Implantates gelegt: Das Implantat muss den Drehmomentbelastungen, die während der Insertion auftreten, und den hohen okklusalen Kaukräften standhalten. Das Risiko eines Implantatbruchs muss vermieden werden.

Aus diesem Grund wurde die EVERGUARD® Verbindung mithilfe der Finite-Elemente-Analyse berechnet und optimiert und gründlich getestet, um eine optimale Festigkeit und Ermüdungsbeständigkeit sicherzustellen.

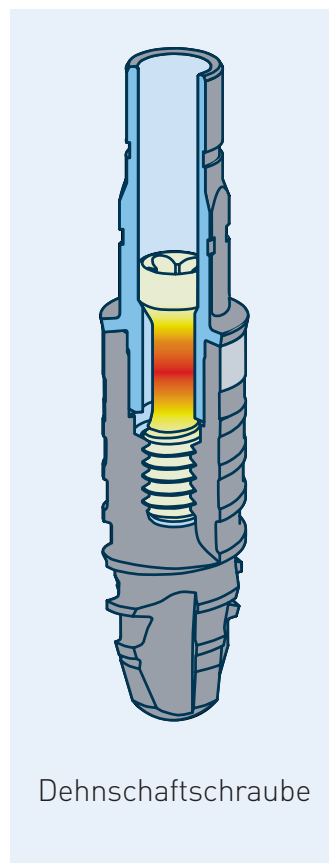
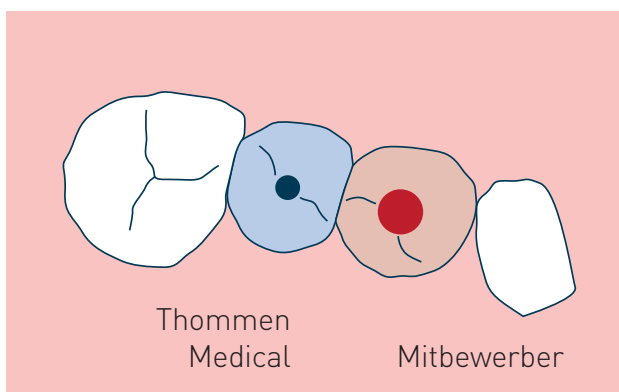
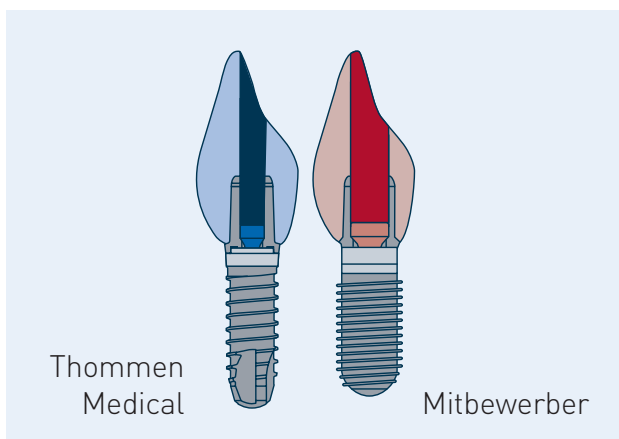


Das clevere Design der Abutmentschraube ermöglicht dickere Implantat- und Abutmentwände. Das Implantat wird so vor mechanischer Überbelastung geschützt.

Die Abutmentschraube der EVERGUARD® Verbindung hat einen kleinen Schraubenkopf mit einem Durchmesser von 1,6 mm bzw. 1,9 mm im Vergleich zu typischen Durchmessern von 2,2 mm bis 2,6 mm. Der kleine Schraubenkopf ist möglich, weil in der EVERGUARD® Verbindung seitliche Belastungen vom Stabilisierungsring aufgenommen werden und im Vergleich zu anderen Konstruktionen geringere Klemmkraften notwendig sind. Der kleine Schraubenkopf ermöglicht die Herstellung von

Abutments mit einem dünneren Schraubekanal und grösserer Wandstärke. Weil dadurch mehr Material des Abutments für die Gestaltung der Suprastruktur zur Verfügung steht, erlaubt die EVERGUARD® Verbindung mehr prothetische Flexibilität.

Die Abutmentschraube mit reduziertem Schaftdurchmesser (Dehnschaftschraube) wird im Maschinenbau für die Konstruktion von Verbindungen, die starken dynamischen Belastungen ausgesetzt sind, häufig verwendet (24). Eine Dehnschaftschraube unterscheidet sich von einer normalen Schraube dadurch, dass der Schaft unter Spannung elastisch verformt wird und sich wie eine Feder verhält. Durch das An-



ziehen der Abutmentschraube wird eine exakt berechnete Vorspannung aufgebracht, die das Abutment auf das Implantat drückt und so eine stabile Verbindung erzeugt.

Weiter wird die zuverlässige Funktion der Abutmentschraube durch die Verwendung einer hochfesten Titanlegierung (TAN) erreicht. Diese Titanlegierung hat eine ausgezeichnete Biokompatibilität und wird häufig in der Orthopädie verwendet (4).

Die korrekte Vorspannung der Abutmentschraube wird durch das Aufbringen des Anzugsmoments mit der MONO Drehmomentratsche eingestellt. Herkömmliche Ratschen bestehen aus mehreren Teilen und sind schwierig zu reinigen.

Die MONO Drehmomentratsche

Die MONO Drehmomentratsche von Thommen Medical ist aus einem Stück hochwertiger Titanlegierung gefertigt. Sie muss nicht kalibriert oder zur Reinigung und Sterilisation auseinandergenommen werden (25, 26).

Die Abutmentschrauben verfügen über eine 4-lobe Anschlussgeometrie, welche das sichere Einbringen und ein präzises Einstellen des Anzugsmoments ermöglicht.



reddot design award

TISSUEGUARD®

Implantathals

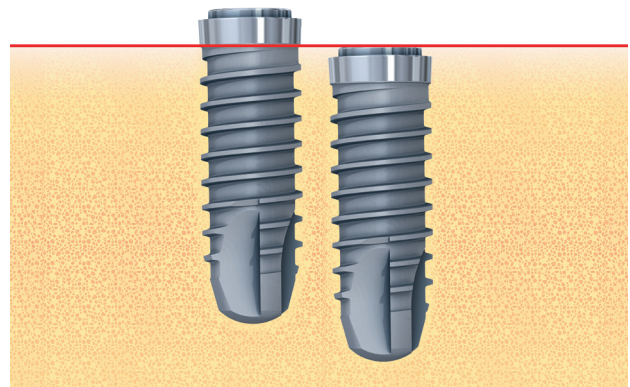
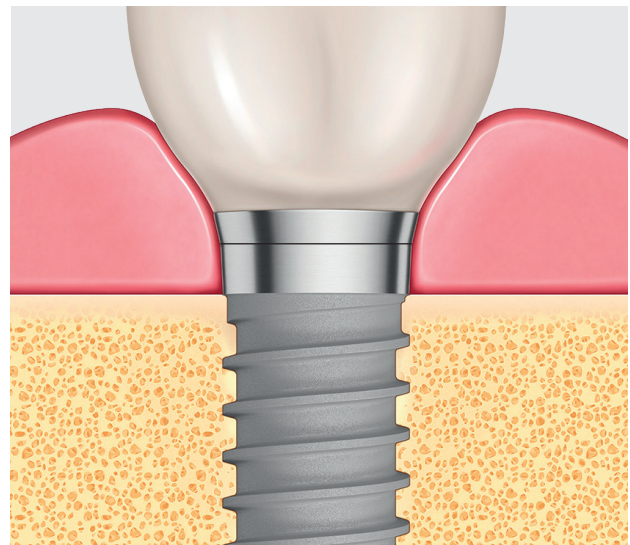
Für optimales Weichgewebe

Der TISSUEGUARD® Implantathals begünstigt die Adaptation des Weichgewebes und beugt Knochenverlust vor [27]. Biologische Komplikationen werden durch die gute Reinigbarkeit des maschinieren Implantathalses minimiert.

Durch den Implantathals liegt die Implantat-Abutment-Verbindung in den meisten Fällen im Weichgewebe. Diese Situation ist optimal während der Einheilphase und während der gesamten Lebensdauer des Implantates, sowohl für das Weichgewebe als auch den darunterliegenden Knochen [28]. Zudem werden die Abformung und das Einsetzen bzw. Auswechseln der prothetischen Komponenten erleichtert.

Die maschinerte Oberfläche des Implantathalses ist ideal für das Weichgewebe und kann gut gereinigt werden [29, 30]. So können biologische Komplikationen, einschliesslich Periimplantitis, reduziert werden [29, 31–33]. Es ist über die gesamte Lebensdauer des Implantats von grossem Vorteil, dass sich die prothetische Plattform innerhalb des Weichgewebes befindet, da der Implantathals und das angrenzende Weichgewebe eine Sicherheitszone über dem Knochen bilden [28].

Um den maschinieren Hals wird eine stabile Weichgewebsadaption gebildet. Da die immunologische Abwehr bei einer Entzündung im Weichgewebe stattfindet, ist hier eine stabile Situation sehr wichtig. Das gerade Design des Implantathalses erleichtert die hygienische Pflege durch gute Zugänglichkeit und Sichtbarkeit [32]. Der Implantathals wirkt somit wie ein Sicherheitsgurt.



Der 1-mm-Hals des zylindrischen ELEMENT RC Implantats ermöglicht chirurgische Flexibilität.



Foto: © Dr. Kony Meyenberg

Beim Design der Implantat-Abutment-Verbindung haben wir dem Übergang besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Aus biologischer Sicht ist jede bakterielle Besiedelung höchst unerwünscht, weshalb der Übergang so glatt und präzise wie möglich hergestellt wird. Das Implantatthals-/Abutment-Design unterstützt den Patienten bei der täglichen Pflege sowie beim Sondieren und Scaling bei Hygienebesuchen [32].



Fotos: © Dr. Ueli Grunder

Definitive Versorgung

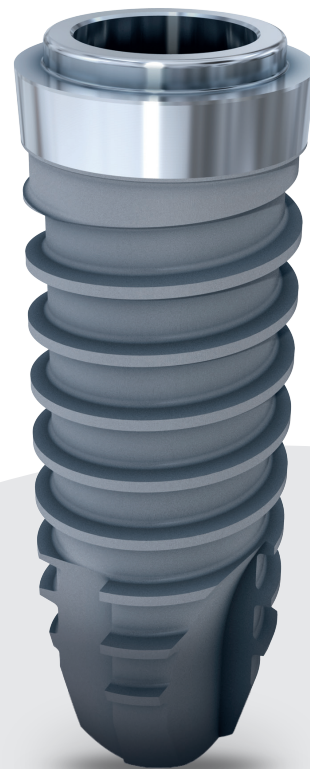


Nach 10 Jahren

«Dank perfekter Innenverbindung beobachten wir extrem stabile Knochenverhältnisse.»



Dr. Ueli Grunder,
Zürich Zollikon

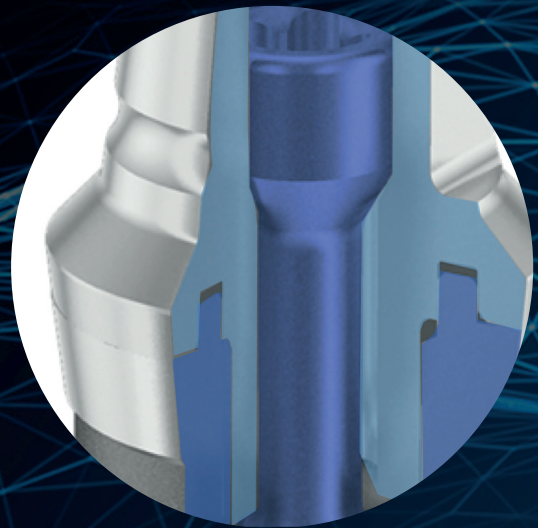
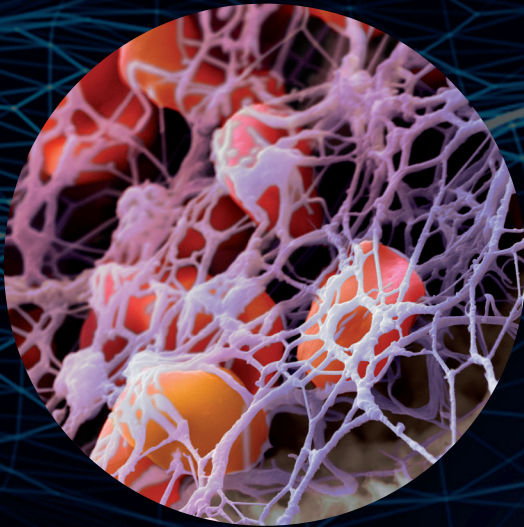


THE MULTIGUARD

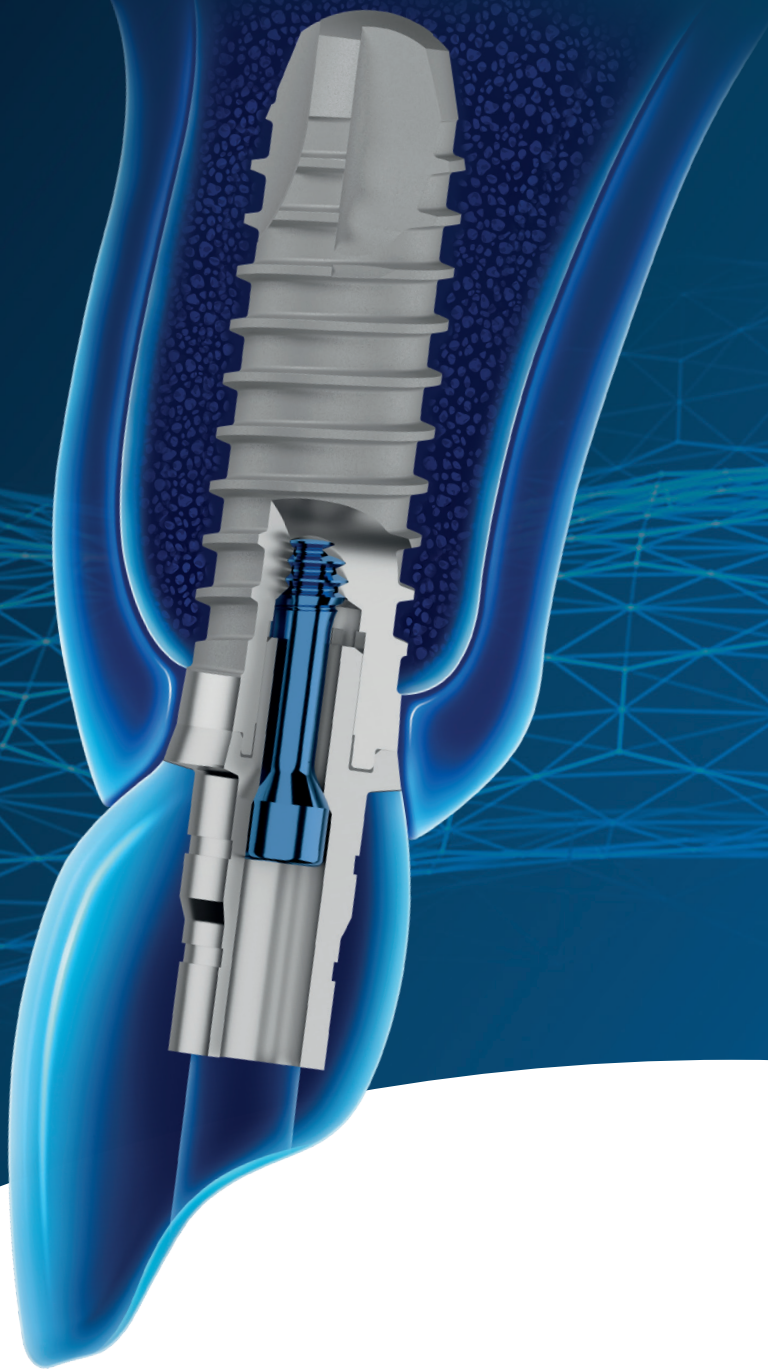
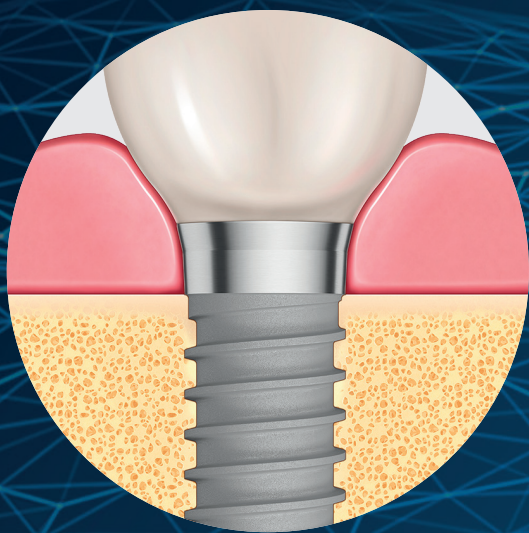
Protection Solution

EVERGUARD®
Verbindung

INTEGUARD®
Matrix



TISSUEGUARD® Implantathals



LITERATUR

1. Hicklin SP, Janner SF, Schnider N, Chappuis V, Buser D, Brägger U. Early Loading of Titanium Dental Implants with an Intraoperatively Conditioned Hydrophilic Implant Surface: 3-Year Results of a Prospective Case Series Study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2020;35(5):1013-20.
2. Gac OL, Grunder U. Six-Year Survival and Early Failure Rate of 2918 Implants with Hydrophobic and Hydrophilic Enossal Surfaces. *Dent J (Basel)*. 2015;3(1):15-23.
3. Makowiecki A, Hadzik J, Błaszczyszyn A, Gedrange T, Dominiak M. An evaluation of superhydrophilic surfaces of dental implants - a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):79.
4. Steinemann SG. Titanium — the material of choice? *Periodontology 2000*. 1998;17(1):7-21.
5. Tugulu S, Löwe K, Scharnweber D, Schlottig F. Preparation of superhydrophilic microrough titanium implant surfaces by alkali treatment. *Journal of Materials Science: Materials in Medicine*. 2010;21(10):2751-63.
6. Merli M, Merli M, Mariotti G, Pagliaro U, Moscatelli M, Nieri M. Immediate versus early non-occlusal loading of dental implants placed flapless in partially edentulous patients: A 10-year randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2020;47(5):621-9.
7. Jaquiéry C, Ilgenstein B, Jungo M, Rüeger K, Chenaux S, Papadimitropoulos A, et al. Clinical and Radiological Outcome of Titanium Implants in Clinical Practice: A 5 Year, Prospective, Multicenter Case Series. *Dentistry Journal*. 2014;2:106-17.
8. Gholami H, Mericske-Stern R, Kessler-Liechti G, Katsoulis J. Radiographic bone level changes of implant-supported restorations in edentulous and partially dentate patients: 5-year results. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2014;29(4):898-904.
9. Bäumer D, Zuhr O, Rebele S, Hürzeler M. Socket Shield Technique for immediate implant placement - clinical, radiographic and volumetric data after 5 years. *Clin Oral Implants Res*. 2017;28(11):1450-8.
10. Milleret V, Tugulu S, Schlottig F, Hall H. Alkali treatment of microrough titanium surfaces affects macrophage/monocyte adhesion, platelet activation and architecture of blood clot formation. *Eur Cell Mater*. 2011;21:430-44; discussion 44.
11. Burkhardt MA, Waser J, Milleret V, Gerber I, Emmert MY, Foolen J, et al. Synergistic interactions of blood-borne immune cells, fibroblasts and extracellular matrix drive repair in an in vitro peri-implant wound healing model. *Sci Rep*. 2016;6:21071.
12. Burkhardt MA, Gerber I, Moshfegh C, Lucas MS, Waser J, Emmert MY, et al. Clot-entrapped blood cells in synergy with human mesenchymal stem cells create a pro-angiogenic healing response. *Biomater Sci*. 2017;5(10):2009-23.
13. Calvo-Guirado JL, Ortiz-Ruiz AJ, Negri B, López-Marí L, Rodríguez-Barba C, Schlottig F. Histological and histomorphometric evaluation of immediate implant placement on a dog model with a new implant surface treatment. *Clin Oral Implants Res*. 2010;21(3):308-15.
14. Hinkle RM, Rimer SR, Morgan MH, Zeman P. Loading of titanium implants with hydrophilic endosteal surface 3 weeks after insertion: clinical and radiological outcome of a 12-month prospective clinical trial. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014;72(8):1495-502.
15. Held U, Rohner D, Rothamel D. Early loading of hydrophilic titanium implants inserted in low-mineralized (D3 and D4) bone: one year results of a prospective clinical trial. *Head Face Med*. 2013;9:37.

16. Monje A, Ravidà A, Wang HL, Helms JA, Brunski JB. Relationship Between Primary/Mechanical and Secondary/Biological Implant Stability. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2019;34:s7-s23.
17. Mohammadi Z, Dummer PM. Properties and applications of calcium hydroxide in endodontics and dental traumatology. *Int Endod J*. 2011;44(8):697-730.
18. Madigan MM, Bender KS, Buckley DH, Sattley WM, Stahl DA. *Brock Biology of Microorganisms*. 16th ed: Pearson; 2020.
19. Hogg WS, Zulauf K, Mehrhof J, Nelson K. The Influence of Torque Tightening on the Position Stability of the Abutment in Conical Implant-Abutment Connections. *Int J Prosthodont*. 2015;28(5):538-41.
20. Lee JH, Kim DG, Park CJ, Cho LR. Axial displacements in external and internal implant-abutment connection. *Clin Oral Implants Res*. 2014;25(2):e83-9.
21. Flanagan D, Phillips J, Connor M, Dyer T, Kazerounian K. Hoop stress and the conical connection. *J Oral Implantol*. 2015;41(1):37-44.
22. Shin HM, Huh JB, Yun MJ, Jeon YC, Chang BM, Jeong CM. Influence of the implant-abutment connection design and diameter on the screw joint stability. *J Adv Prosthodont*. 2014;6(2):126-32.
23. Huang Y, Wang J. Mechanism of and factors associated with the loosening of the implant abutment screw: A review. *J Esthet Restor Dent*. 2019;31(4):338-45.
24. Muhs D, Wittel H, Jannasch D, Vossiek J. *Roloff/Matek Maschinenelemente*. Vieweg+Teubner Verlag; 2011.
25. Yilmaz B, L'Homme-Langlois E, Beck FM, McGlumphy E. Accuracy of mechanical torque-limiting devices for dental implants after clinical service. *J Prosthet Dent*. 2015;114(3):378-82.
26. Stroosnijder E, Gresnigt MM, Meisberger EW, Cune MS. Loss of Accuracy of Torque Wrenches Due to Clinical Use and Cleaning Procedure: Short Communication. *Int J Prosthodont*. 2016;29(3):253-5.
27. Camarda AJ, Durand R, Benkarim M, Rompre PH, Guertin G, Ciaburro H. Prospective randomized clinical trial evaluating the effects of two different implant collar designs on peri-implant healing and functional osseointegration after 25 years. *Clin Oral Implants Res*. 2020.
28. Sasada Y, Cochran DL. Implant-Abutment Connections: A Review of Biologic Consequences and Peri-implantitis Implications. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2017;32(6):1296-307.
29. Steiger-Ronay V, Merlini A, Wiedemeier DB, Schmidlin PR, Attin T, Sahrman P. Location of inaccessible implant surface areas during debridement in simulated peri-implantitis therapy. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):137.
30. Fu JH, Wang HL. Breaking the wave of peri-implantitis. *Periodontol 2000*. 2020;84(1):145-60.
31. Jepsen S, Berglundh T, Genco R, Aass AM, Demirel K, Derks J, et al. Primary prevention of peri-implantitis: managing peri-implant mucositis. *J Clin Periodontol*. 2015;42 Suppl 16:S152-7.
32. Derks J, Håkansson J, Wennström JL, Tomasi C, Larsson M, Berglundh T. Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population: early and late implant loss. *J Dent Res*. 2015;94(3 Suppl):44s-51s.
33. Derks J, Schaller D, Håkansson J, Wennström JL, Tomasi C, Berglundh T. Effectiveness of Implant Therapy Analyzed in a Swedish Population: Prevalence of Peri-implantitis. *J Dent Res*. 2016;95(1):43-9.

Headquarters

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

Driven by science, not trends.