

GARANTÍA STRAUMANN



GARANTÍA STRAUMANN (VÁLIDA A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2012)

1. Beneficiario y alcance de la garantía

Esta garantía (la "garantía Straumann" tal y como se define abajo) de Institut Straumann AG, Basilea, Suiza ("Straumann") hace referencia a los productos indicados más abajo y al facultativo/odontólogo responsable del tratamiento (el "usuario"). De esta garantía Straumann no se deriva ningún tipo de derecho para terceros, particularmente pacientes o proveedores. La garantía Straumann contempla la sustitución de los productos del Straumann® Dental Implant System SDIS y, de forma limitada, de los productos Straumann® CARES® (los "productos Straumann") tal y como se define en la sección 2. La garantía sólo cubre la sustitución de productos Straumann y no los costes asociados, incluyendo pero sin limitarse a cualquier tratamiento asociado.

2. Productos Straumann cubiertos por la garantía Straumann

	Implante	Pilar acoplado a un implante*	Restauración soportada por diente e implante**
Periodo de garantía de 5 años	–	Sustitución por pilar cerámico equivalente*	Sustitución por restauración cerámica equivalente**
Periodo de garantía de 10 años	–	Sustitución por pilar metálico equivalente*	Sustitución por restauración metálica y restauración de resina nanocerámica equivalentes**
Periodo de garantía de por vida	Sustitución por implante equivalente y pilar equivalente si fuera necesario	–	–

* incluidos las barras y los puentes atornillados; excluidos los consumibles y los productos retentivos, como los anclajes de bola.

** incluidos los casquillos, coronas de contorno completo y puentes Straumann® CARES®. EXCLUIDOS todos los demás productos ofrecidos por Straumann, en particular los inlays, onlays, carillas y coronas parciales Straumann® CARES® y los productos de Straumann® CARES® Guided Surgery.

3. Condiciones de la garantía

Por la presente, Straumann garantiza que en caso de un producto Straumann defectuoso debido al fallo de la resistencia del material y la estabilidad del producto Straumann durante los periodos de garantía especificados en la sección 2, Straumann sustituirá el producto Straumann por el mismo producto u otro equivalente conforme a lo expuesto en la sección 2. Los periodos de garantía anteriormente mencionados comienzan en el momento en que el usuario inicia el tratamiento con un producto Straumann. Esta garantía tiene validez siempre y cuando se cumplan y documenten de forma individual y colectiva las siguientes condiciones de garantía:

- 3.1 Se han usado exclusivamente productos Straumann que, en ningún caso, se han combinado con productos de otros fabricantes.
- 3.2 Los productos Straumann se devuelven esterilizados, desinfectados si es necesario, o como indiquen las instrucciones de uso;
- 3.3 Cumplimiento y aplicación de las instrucciones de Straumann (contenidas en los manuales de uso, etc.) válidas en el momento del tratamiento, así como técnicas dentales reconocidas durante y después del tratamiento;
- 3.4 Buena higiene oral del paciente controlada por el usuario;
- 3.5 No se contempla como caso de garantía un accidente, traumatismo u otro daño causado por el paciente o por un tercero;
- 3.6 Cumplimentación y firma del formulario de la garantía como muy tarde tres meses después de producirse un caso de garantía;
- 3.7 En el caso de productos Straumann personalizados, el Usuario deberá proporcionar a Straumann los datos de diseño.

4. Límites y limitaciones

Esta garantía Straumann es la única garantía proporcionada por Straumann y deberá aplicarse en adición a los derechos de garantía conferidos en virtud del acuerdo de venta. El usuario es libre de exigir sus derechos a su proveedor. POR LA PRESENTE, STRAUMANN DECLINA CUALQUIER OTRA GARANTÍA, EXPRESA O IMPLÍCITA, Y EXCLUYE CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD POR PÉRDIDA DE GANANCIAS Y POR DAÑOS DIRECTOS O INDIRECTOS, ASÍ COMO POR DAÑOS COLATERALES O CONSECUENTES RELACIONADOS DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA CON LOS PRODUCTOS, SERVICIOS O INFORMACIÓN DE STRAUMANN.

5. Territorio de la garantía

Esta garantía Straumann sólo es válida para los productos Straumann vendidos por una filial de Straumann o un distribuidor oficial de Straumann.

5. Modificación o anulación

Straumann podrá modificar o anular en cualquier momento la presente garantía Straumann de forma total o parcial. La modificación o anulación de la garantía Straumann no afectará a la garantía proporcionada en virtud de la presente garantía Straumann por los productos Straumann colocados antes de la fecha de la modificación o anulación.

FORMULARIO DE LA GARANTÍA

1. DATOS DEL CLIENTE

Nombre del facultativo	<input type="text"/>	N.º de cliente	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Notificado por	<input type="text"/>

2. DATOS DEL PRODUCTO (enumere todos los productos Straumann implicados)

Referencia del artículo	N.º de lote	Fecha de colocación (D/M/A)	Fecha de retirada (D/M/A)	Ubicación del implante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE (rellene esta sección sólo en caso de devolución de implantes)

ID del paciente Edad Femenino Masculino

Historia clínica:

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Trastorno psicológico	<input type="checkbox"/> Endocrinopatía no controlada
<input type="checkbox"/> Radioterapia en cabeza/cuello	<input type="checkbox"/> Xerostomía	<input type="checkbox"/> Paciente inmunocomprometido
<input type="checkbox"/> Enfermedad tratada con corticoides	<input type="checkbox"/> Linfopatía	<input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación
<input type="checkbox"/> Quimioterapia en fechas próximas a la colocación del implante	<input type="checkbox"/> Alcoholismo/drogadicción	

Alergias: _____

Otras enfermedades locales o sistémicas que puedan ser significativas _____

¿Es el paciente fumador? Sí No

Sin hallazgos de interés

4. INFORMACIÓN QUIRÚRGICA (rellene esta sección sólo en caso de devolución de implantes)

Colocación manual Colocación mecánica

En caso de que un implante se colocara y retirara el mismo día,

¿se colocó con éxito otro implante en el mismo emplazamiento durante la cirugía? Sí No

En caso de dificultad al insertar el dispositivo/pieza de transferencia premontada, ésta se produjo:

Al insertar el implante en el hueso Al retirar el instrumento de inserción del implante

Al sacar el implante de la ampolla

Otros: _____

En el momento de la cirugía, ¿se dio alguna de las siguientes circunstancias?:

<input type="checkbox"/> Enfermedad periodontal	<input type="checkbox"/> Patologías de la membrana mucosa
<input type="checkbox"/> Infección local/osteitis crónica subaguda	<input type="checkbox"/> Complicación en la preparación del emplazamiento

<input type="checkbox"/> Calidad del hueso	<input type="checkbox"/> Tipo I	<input type="checkbox"/> Tipo II	<input type="checkbox"/> Tipo III	<input type="checkbox"/> Tipo IV
--	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

¿Se realizó rosca?

Sí No

¿Empleó llave de retención?

Sí No

¿Se logró estabilidad primaria?

Sí No

¿Se logró la osteointegración del implante?

Sí No

¿Quedó la superficie del implante

completamente cubierta por el hueso? Sí No

¿Se realizó aumento óseo en el momento de la cirugía?

No Seno Cresta

Material empleado: _____

¿Se empleó membrana de regeneración tisular guiada?

No Sí Reabsorbible

No reabsorbible

Material empleado: _____

5. DATOS DEL INCIDENTE (rellene esta sección sólo en caso de devolución de implantes)

Higiene alrededor del implante Excelente Buena Normal Mala

¿Se dio alguna de las siguientes circunstancias en el incidente?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Traumatismo/accidente | <input type="checkbox"/> Fractura del implante | <input type="checkbox"/> Calidad/cantidad ósea inadecuadas |
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga biomecánica | <input type="checkbox"/> Sobrecalentamiento del hueso | <input type="checkbox"/> Aumento óseo previo |
| <input type="checkbox"/> Implante inmediato | <input type="checkbox"/> Periimplantitis | <input type="checkbox"/> Afectación del nervio |
| <input type="checkbox"/> Diente adyacente endodonciado | <input type="checkbox"/> Infección | <input type="checkbox"/> Perforación sinusal |
| <input type="checkbox"/> Lengua (presión) | <input type="checkbox"/> Bruxismo | <input type="checkbox"/> Reabsorción ósea |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

En el momento del fracaso del implante, existía (marque todo lo aplicable):

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Hinchazón | <input type="checkbox"/> Insensibilidad |
| <input type="checkbox"/> Movilidad | <input type="checkbox"/> Fístula | <input type="checkbox"/> Asintomático | <input type="checkbox"/> Inflamación |
| <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad | <input type="checkbox"/> Aumento de la sensibilidad | <input type="checkbox"/> Absceso | Otros: _____ |
- ¿Se ha colocado la prótesis? No Sí En caso afirmativo, rellene el apartado 6.

Indique por qué considera que el implante ha fracasado/ha tenido que ser retirado:

6. DATOS DE LA PRÓTESIS (rellene esta sección sólo en caso de devolución de pilares y restauraciones)

- N.º de proyecto: _____ Modelo Inserción En uso
- ¿Tipo de prótesis? Corona Puente Prótesis parcial removible (superior) Prótesis parcial removible (inferior)
- Completa (superior) Completa (inferior) Otros: _____
- Fecha de colocación del pilar Fecha de retirada del pilar (D/M/A)
- ¿Se empleó un dispositivo de control de torque? Sí No Desconocido Torque empleado Ncm
- Fecha de la colocación de la prótesis provisional
- Fecha de la colocación de la prótesis final
- ¿Se cumplieron las visitas de control? Sí No

Descripción del suceso:

7. INSTRUMENTOS (rellene esta sección sólo en caso de devolución de instrumentos)

- N.º aproximado de usos: Primer uso 2-5 6-10 10-15 Más 15
(sólo instrumentos de corte)
- Método de limpieza empleado Manual Ultrasonidos Termodesinfección Otros: _____
- Método de esterilización empleado Autoclave Calor seco Esterilización química

Breve descripción del incidente:

Devuelva el cuestionario, el producto esterilizado en autoclave y, en su caso, las radiografías.

Utilice un sobre acolchado para devolver los artículos: en caso contrario podrían perderse artículos durante el transporte con lo que la garantía quedaría anulada. Esterilice todos los productos en autoclave e identifíquelos como estériles.

De acuerdo con las condiciones de la garantía Straumann, se ruega sustituyan los productos enumerados anteriormente.

Firma del facultativo: _____

Fecha: _____

SÓLO PARA USO INTERNO

- CSN PSO ASR RPC Info incomplete Std/No

www.straumann.com

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

© Institut Straumann AG, 2012. Reservados todos los derechos.
Straumann® y/u otras marcas y logotipos de Straumann® aquí mencionados son marcas o marcas registradas de Straumann Holding AG y/o sus filiales.
Reservados todos los derechos.