

Уважаемые коллеги, ознакомьтесь, пожалуйста, со следующей информацией

Производитель имплантационной системы AnyRidge предоставляет пожизненную гарантию на имплантаты. Это связано с высокой точностью производства, применением самого современного оборудования, использованием высококачественного сырья. Имплантаты прошли все необходимые исследования, в том числе исследование на прочность и надежность. Производитель гарантирует точность и надежность всех компонентов системы, так как они соответствуют международным стандартам качества.

В случае поломки имплантата производитель гарантирует его замену, если результаты тестов покажут, что поломка произошла по вине производителя (нарушение технологии обработки сырья, чрезмерное истончение стенок при обработке и т.п.).

В случае отторжения имплантата производитель гарантирует его замену, если результаты тестов покажут, что отторжение имплантата могло произойти по вине производителя (дефекты обработки поверхности имплантата и т.п.)

Остеоинтеграция имплантата зависит от большого количества факторов, поэтому неудача не может рассматриваться однозначно как вина производителя.

В любом случае производитель не несет ответственности за возможные последствия поломки или отторжения имплантата.

В случае поломки или отторжения имплантата, заполните, пожалуйста, извещение об отторжении имплантата и вышлите его на адрес представителя имплантационной системы AnyRidge в Вашем регионе или на адрес эксклюзивного представителя имплантационной системы AnyRidge в Москве (105062, г. Москва, ул. Покровка, д.43, стр.2, ООО «ДенталГуру»). Также необходимо выслать следующую информацию:

- Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) до имплантации – обязательно
- Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) сразу после имплантации - обязательно
- Рентгеновский снимок (ОПТГ, КТ или прицельные снимки) перед установкой формирователя десны – обязательно, если имплантат отторгся на стадии установки формирователя десны или после фиксации ортопедической конструкции
- Рентгеновский снимок (ОПТГ или прицельный снимки) после фиксации ортопедической конструкции (абатмента) – обязательно, если имплантат отторгся после фиксации ортопедической конструкции (с абатментом)

Напоминаем, что для успешной работы с имплантационной системой AnyRidge необходимо пройти курсы повышения квалификации в авторизованном учебном центре Дентал Гуру, что поможет избежать ошибок и позволит достичь высоких результатов приживаемости имплантатов. По окончании курса выдается сертификат, дающий право использовать имплантат AnyRidge в своей практике.

ВНИМАНИЕ! замена имплантата проводится 2 раза в год (февраль и сентябрь), поэтому Вам необходимо отправить заполненную форму вместе с имплантатом до 1 февраля или до 1 сентября. Замена имплантата производится до 30 марта и до 30 октября соответственно.



MegaGen Implant Co., Ltd.
5F, MegaGen Tower, 268-15, Nonhyeon 2-dong,
Gangnam-gu, Seoul, Korea, 135-833
T: +82 (0)2 1544 2285 F: +82 (0)2 3463 2883

105062, Москва
ул. Покровка, д.43, стр.2



Product Failure Report / Форма для замены имплантата

1. Practitioner Information / информация о стоматологе

Surgeon Name: ФИО хирурга	Account No.:
Address: адрес	
Phone: телефон	E-mail
Reason of Returning: причина возврата имплантата	

2. Patient Information / информация о пациенте

Patient фио пациента	Sex: пол	Age: возраст
-------------------------	-------------	-----------------

3. Medical History / медицинский анамнез

Bruxism: бруксизм <input type="checkbox"/>	Tobacco Use: курение <input type="checkbox"/>	Alcoholism: алкоголизм <input type="checkbox"/>	Hypertension: гипертония <input type="checkbox"/>	Diabetics: диабет <input type="checkbox"/>
Cardiac Disease: сердечно-сосуд заб <input type="checkbox"/>	Cancer: рак <input type="checkbox"/>	Others (Please explain): другое (напишите)		

4. Oral Hygiene / уровень гигиены

Good: <input type="checkbox"/> хорошая	Moderate: <input type="checkbox"/> удовлетворительная	Poor: <input type="checkbox"/> неудовлетворительная
--	---	---

5. Bone Condition / состояние костной ткани

Good: <input type="checkbox"/> хорошее	Moderate: <input type="checkbox"/> среднее	Poor: <input type="checkbox"/> плохое
--	--	---------------------------------------

6. Surgery Information / информация о хирургическом этапе

Traditional 2 stage: традиционная, 2-этапная <input type="checkbox"/>	1 Stage: одноэтапная <input type="checkbox"/>	Initial implant failure: первичная неудача с имплантатом <input type="checkbox"/>
Fixture was placed with primary closure: имплантат установлен с полным ушиванием <input type="checkbox"/>		Healing Abutment Loaded: установлен формирователь десны <input type="checkbox"/>
Prosthetics attachment: вид протеза	Single коронка <input type="checkbox"/>	Bridge: мост <input type="checkbox"/>
Denture: съемный <input type="checkbox"/>		
Other (Please explain): другое (напишите)		

7. Bone Augmentation Material Use: да / нет использовался ли остеопластический материал, если да, то какой

8. Operation Spot / данные об имплантате

Implant (Tooth) Location No. локализация имплантата (№ зуба)	Fixture Model / модель имплантата	Lot. No. / артикул
		прикрепите наклейку от имплантата
		прикрепите наклейку от имплантата
		прикрепите наклейку от имплантата

9. Implant was removed because... / имплантат был удален из-за...

Infection / инфекция
 Pain / боль
 Abnormal Sensation / атипичная чувствительность
 Bone Condition / тип кости
 Implant Fracture / поломка имплантата
 Sizing / не тот размер

Poor Oral Hygiene / плохая гигиена
 Patient Health Habit / общее состояние пациента
 Unexpected Surgical Trauma / непредвиденная хирургическая травма

Others (please explain):
другое (напишите)

10. Date of implant installation / Date of implant failure дата установки имплантата / дата удаления имплантата

--	--

Пожалуйста, поместите имплантат в прозрачный пакет и прикрепите к данной форме. НЕ ОЧИЩАЙТЕ имплантат. Вышлите данную форму Вашему дистрибьютору в регионе, либо по адресу 105062, Москва, ул. Покровка, д. 43, стр.2 кому: ГК ДенталГуру