

## Warunki gwarancji na usługi stomatologiczne

W trosce o dobro Pacjenta pracownicy i współpracownicy Centrum Stomatologicznego GRUNWALDZKA wykonują swoje usługi z należytą starannością oraz na najwyższym poziomie.

Udzielamy rocznej gwarancji na wypełnienia (plomby), prace protetyczne oraz wypełnienia wykonywane pod mikroskopem i leczenie kanałowe oraz 5- letniej gwarancji na implanty.

Gwarancja nie obejmuje wypełnień w zębach mlecznych, gdyż jest to odbudowa warunkowa.

Udzielenie gwarancji rozpoczyna się z dniem wykonania usługi i utrzymuje swoją ważność gdy zostają spełnione następujące warunki:

1. Pacjent przestrzega terminów wizyt kontrolnych w naszej placówce ( min. co 12 miesięcy). W czasie wizyty kontrolnej lekarz może zlecić wykonanie RTG.

– Pacjent wykonuje zabiegi profilaktyczne (wizyty higienizacyjne jamy ustnej) w CS Grunwaldzka min. co 6 miesięcy

*UWAGA! Wizyty kontrolne, zabiegi oraz RTG są płatne (cennik dostępny w siedzibie firmy).*

2. Jeżeli w okresie gwarancji wypełnienie w zębie lub uzupełnienie protetyczne ulegnie deformacji, zmieni kolor lub swoje właściwości wówczas – do 7 dni od zgłoszenia - zostanie ono nieodpłatnie naprawione lub wymienione na nowe w najszybszym możliwym terminie.

3. Jeżeli w okresie gwarancji dojdzie do utraty implantu zostanie nieodpłatnie wszczepiony nowy lub jeżeli nie będzie to możliwe zastosowane będzie alternatywne rozwiązanie uzupełnienia braku zęba.

Gwarancja nie dotyczy:

– uzupełnień tymczasowych

– leczenia wykonanego na wyraźne życzenie Pacjenta, mimo że został on poinformowany o braku gwarancji na wykonaną usługę.

– powikłań jakie mogą wystąpić po wykonanych zabiegach (ból, obrzęk, konieczność leczenia przewodowego itp.)

– uszkodzeń mechanicznych zębów, protez stałych i ruchomych powstałych w wyniku urazu,

– złamań zębów własnych,

– pęknięć pionowych korzeni.

– innych nieszczęśliwych wypadków.

Gwarancja nie jest uwzględniana w przypadku gdy Pacjent:

– pali tytoń lub wystąpi u pacjenta choroba ogólnoustrojowa, która znacząco wpływa na stan narządu zucia np. cukrzyca, padaczka, leczenie bisfosfonianami, cytostatykami, radioterapia itp.

– nie stosuje się do zaleceń higienicznych jamy ustnej i protez ruchomych,

- odbywa wizyty higienizacyjne poza naszym gabinetem,
- nie wykonuje zabiegów leczniczych oraz profilaktycznych zaleconych przez lekarza.
- nie zgłasza się na wizyty kontrolne po zakończeniu leczenia (co min. co 12 miesięcy lub zgodnie ze wskazaniem lekarza).
- użytkuje lub przechowuje protezy niezgodnie z zaleceniami lekarza.
- samodzielnie dokonuje korekt, przeróbek, napraw uzupełnienia protetycznego.
- uległ wypadkowi w wyniku którego doszło do uszkodzenia uzupełnień bądź uszkodził protezę poza jamą ustną poprzez użytkowanie prac protetycznych niezgodnie z ich przeznaczeniem.
- cierpi na bruksizm (zgrzytanie zębami).
- nie zgłosi się po uzupełnienie protetyczne w wyznaczonym terminie.
- ma postępujące zaniki kostne powodujące osiadanie protez lub utratę tkanki kostnej przy implantach
- przerwał zaplanowane leczenie
- posiada biżuterię w obrębie jamy ustnej

UWAGA! Gwarancja nie obejmuje złamań zębów w trakcie lub po leczeniu kanałowym (endodontycznym), które nie zostały odbudowane protetycznie oraz prac, przy których Pacjent został poinformowany o ograniczeniu gwarancji lub jej braku. Gwarancja nie może być udzielona w przypadku kiedy Pacjent przerwał cykl leczenia i ma to znaczny wpływ na zachowanie efektu wykonanego leczenia.

Przed zaplanowaniem leczenia stomatologicznego, pacjent musi być świadomy, że mimo największej staranności lekarza, w trakcie leczenia dochodzi czasami do niechcianych i niepodlegających reklamacji powikłań takich jak: ból zęba lub tkanek otaczających, szczękościsk, pęknięcie/złamanie zęba, obrzęk, ropień, krwiak, krwawienie po zabiegu chirurgicznym, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki. Wystąpienie powikłań może powodować dyskomfort i stres, konieczność przyjmowania leków, problemy natury estetycznej, problemy z mówieniem i jedzeniem, nieprzewidziane wcześniej dodatkowe leczenie.

.....  
Data i podpis Pacjenta