

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 i leczenie kanałowe oraz 5-letniej gwarancji na implanty. Warunkiem gwarancji leczenia kanałowego i implantologicznego jest prawidłowa odbudowa zęba w terminie i w sposób określony przez lekarza.

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) oraz zaleceń lekarza. W czasie wizyty kontrolnej lekarz może zlecić wykonanie RTG.
2. 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).
3. 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.
4. 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
- napraw protez
- leczenia wykonanego na wyraźne życzenie Pacjenta, mimo że został on poinformowany o braku gwarancji na wykonaną usługę.
- leczenia kanałowego wtórnego
- złamania korony zęba, który jest w trakcie leczenia kanałowego – pomiędzy wizytami dotyczącymi tego leczenia
- złamania korony zęba, który nie został odbudowany protetycznie po leczeniu kanałowym
- w przypadku implantów gwarancja nie dotyczy augmentacji, regeneracji czy przygotowania do reimplantacji
- 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 żucia 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 zgłosił 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

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, krwaki, 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