KARTA GWARANCYJNA LECZENIA PROTETYCZNEGO / IMPLANTOLOGICZNO - PROTETYCZNEGO

Imię i nazwisko Pacjenta, PESEL	
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego	

Opis wykonanej pracy protetycznej / implantologiczno – protetycznej	
Ilość i rodzaj wszczepionych implantów	
Data oddania pracy protetycznej	

WARUNKI GWARANCJI

§ 1

Na wykonaną pracę protetyczną Pacjentowi przysługuje trzyletnia gwarancja, licząc od dnia oddania pracy wykonanej w ramach jednego planu leczenia. Gwarancja nie obejmuje protez.

§ 2

Gwarancja obowiązuje pod warunkiem odbywania wizyt kontrolnych co 6 miesięcy oraz zakończenia ostatniego etapu leczenia w ciągu 6 miesięcy w ramach harmonogramu planu leczenia.

3

Okres gwarancji ulega skróceniu do 6 miesięcy, jeżeli pacjent poza uzupełnieniem które objęte jest gwarancją, posiada inne braki zębowe Jeżeli braki zębowe zostaną uzupełnione w ciągu 6 miesięcy od daty oddania objętej niniejszą Karta gwarancyjną pracy protetycznej gwarancja jest przedłużana do trzech lat.

§ 4

W przypadku jakichkolwiek obaw lub stwierdzenia wystąpienia jakiegokolwiek problemu związanego z wykonaną pracą protetyczną, pacjent zobowiązuje się do natychmiastowego kontaktu z Euro Dent C.S.

§ 5

Pacjent zobowiązuje się do zachowania należytej higieny jamy ustnej, w tym do wykonywania zabiegów higienizacyjnych (usunięcie kamienia, osadu – scaling, piaskowanie) co 6 miesięcy

§ 6

Gwarancja traci ważność, jeśli:

- pacjent dwukrotnie nie zgłosi się na wizytę kontrolną w wyznaczonym terminie,

- po upływie 6 miesięcy od daty oddania pracy protetycznej nie zostały uzupełnione pozostałe braki zębowe,

- pacjent nie zrealizuje całkowitego planu leczenia protetycznego w okresie 6 miesięcy,

- stan higieny jamy ustnej będzie stanowił zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania wykonanego uzupełnienia protetycznego / implantologiczno – protetycznego,

- w innym gabinecie została wykonana modyfikacja uzupełnienia protetycznego objętego gwarancją,

- w innym gabinecie zostały wykonane inne prace stomatologiczne lub leczenie stomatologiczne, mogące mieć wpływ na trwałość uzupełnienia protetycznego i/lub implantów,

- pacjent w trakcie leczenia wykona zabiegi twarzy z zakresu medycyny estetycznej.

Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z warunkami gwarancji i zobowiązuję się do ich przestrzegania.