

Név: ..... Szül.dátum: ..... ID: .....

## GARANCIÁLIS FELTÉTELEK

Klinikánk garantálja Önnek, hogy az Ön fogpótlásának elkészítéséhez csak kiváló minőségű anyagokat, kiváló technikával együtt használ fel. Igény esetén, szívesen adunk Önnek egy listát a felhasznált anyagok gyártóira vonatkozóan. Ily módon Ön bármikor akár közvetlenül a gyártónál is érdeklődhet a felhasznált anyagok kompatibilitását illetően és az Európai Unióban a felhasználásra vonatkozó tanúsítványokat is megismerheti.

**Ebből az okból kifolyólag a mi általunk az Ön részére készített fogpótlásokra egy meghosszabbított garanciát vállalunk:**

- |  |      |
|--|------|
| • Implantátumra                                    | 5 év |
| • Minden fémkerámia koronára                       | 2 év |
| • Minden telikerámia koronára                      | 5 év |
| • Minden műanyag részre (fogsor, részleges fogsor) | 2 év |
| • Minden precíziós elemre                          | 1 év |
| • Kerámiahéjra, inlayre                            | 2 év |

### A garancia feltételei

- minimum egy kontroll évente a Dentalklinik Dr. Tóka Fogászati Klinikán
- az Ön fogorvosa által javasolt fogászati kezelés az Ön száj higiéniájának a megtartására (pl. fogkő eltávolítás, fogsor alábélelés)
- a fogsor rendeltetésszerű használata (pl. dió harapása nem javasolt)
- fogsor napi szinten történő tisztítása (nem fogkrémmel, mivel a tisztítószer a felületet durvává teszi, inkább mosogatószer használata javasolt)
- semmilyen traumás- vagy csont-, ill. lágyszövet megbetegedés
- a számla a fogászati kezelésre ki lett egyenlített

### A garancia a következő esetekben nem biztosított

- éves kontroll a Dentalklinik Dr. Tóka Fogászati Klinikán nem történt meg
- rossz (nem megfelelő) szájhigiénia, fogsor erős szennyeződése
- a fogsor, fogpótlás nem rendeltetésszerű használata, éjszakai csikorgatás esetén a megfelelő védelem hiánya (bruxizmus-sín)
- dohányzás implantátum, ill. csontpótlás, lágyszöveti plasztika esetén
- trauma vagy valamilyen kontaktsport során ért erős trauma esetén
- betegségek, a rágószervi sérülések, melyek szisztémás betegségek vagy azoknak a kezelése során keletkeztek, (pl. sugárterápia, intubáció)
- olyan károk, melyek pszichikai betegségek, illetve ezek kezelése során keletkeztek (pl. szájszárazság antidepresszánsoknál)
- olyan gyökérkezelések esetén, melyek egy előző kezelés (tömés, korona előkészítés) során szükségessé váltak
- allergia fogászati anyagokra, melyek a kezelés előtt nem voltak ismertek
- a fogászati ellátás, fogpótlás olyan jellegű javítása, melyet nem a Dentalklinik Dr. Tóka Fogászati Klinika egyik orvosa végzett

### Jogi nyilatkozat

- A Amennyiben az Ön kérésére egy előzetes kezelési tervet kaptunk tőlünk postán vagy e-mailben, még mielőtt egy személyes vizsgálat létrejött volna, elképzelhető, hogy az Ön konkrét kezelési terve a konzultációt követően meg fog változni. Amennyiben ez az eset áll fenn, abban az esetben Önt informáljuk és felvilágosítjuk.
- B Sebészeti beavatkozásoknál, operáció közben nem várt kezelési tervmódosítások is történhetnek, mely okból kifolyólag Ön az utazásait esetleg módosítani kényszerül.
- C A Dentalklinik Dr. Tóka Fogászati Klinika nem felelős az Ön utazásai és tartózkodásainak esetleges megváltozásai miatt, melyek a megváltozott kezelési terv miatt adódnak (ld. A. és B. pontok).
- D Amennyiben az elveszített implantátumot bizonyos okból kifolyólag nem tudjuk újra beültetni, vagy Ön ezt nem szeretné, úgy az implantátum költségét nem áll módunkban visszatéríteni.
- E Ez a kezelési terv a Dentalklinik Dr. Tóka által lett az Ön részére összeállítva, bármilyen átutalás a számla kiegyenlítésére kizárólag a Dentalklinik Dr. Tóka részére történhet.

A kezelés során előfordulhat, hogy előreláthatatlan okok miatt az eredeti kezelési terven változtatni kell. Ez esetben a Dentalklinik Dr. Tóka fenntartja jogát az előre megbeszélten változást is elvégezni, ha esetleg a kezelés miatt (pl. a beteg bódításban van) a beteget nem lehet közvetlenül tájékoztatni.

A Dentalklinik Dr. Tóka iránymutatásait figyelembe véve egyetértünk azzal, hogy a kezelési terv megváltozása esetén az anyagi jellegű változásokat is elfogadom és kiegyenlítem, amennyiben az orvosilag szükséges.

Sopron, .....

.....  
Páciens

.....  
Orvos