



Name, Vorname / Code und Anschrift der/des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Zahnarzt/-ärztin (Auftraggeber/-in)
Praxisstempel, Adresse

PadoGen

Auftrags-/Testnummer

Promocode

Geschlecht: weiblich männlich

Rechnung an Patient/-in (nur in DE & CH)

Rechnung an Praxis (inkl. Einzelaufstellung pro Patient)

E-Mail-Adresse Patient/-in: _____

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZWINGEND AUSFÜLLEN (s. Rückseite) →

PadoGen – Analyse der genetisch bedingten Entzündungsneigung

Parodontitis ist die Entzündung des Zahnhalteapparates. Sie **entsteht durch unterschiedliche Bakterien und die Entzündungsreaktion des Körpers** darauf. Dass nicht alle Patienten gleichermaßen empfindlich auf ein bakterielles Ungleichgewicht in der Zahnfleischtasche reagieren, ist auch erblich bedingt. Eine zentrale Rolle spielen dabei die proinflammatorischen Zytokine Interleukin-1A (IL-1A), Interleukin-1B (IL-1B) sowie deren Gegenspieler, der Interleukin-1-Rezeptorantagonist (IL-1-RN), und der Tumornekrosefaktor- α (TNF- α). Während die entzündungsfördernden Botenstoffe IL-1-A, IL-1-B und TNF- α den Abbau des Knochen- und Weichgewebes fördern und die Entzündungsreaktion steigern, wirkt der antiinflammatorische IL-1-RN diesen Reaktionen entgegen. Das Ausmaß der Entzündungsantwort wird demnach durch das Verhältnis **entzündungsfördernder und entzündungshemmender Zytokine** bestimmt.

Insgesamt zeigen betroffene Patienten einen signifikant erhöhten Knochenverlust sowie eine allgemein erhöhte Entzündungsneigung.



Preis: 59,00 €

Stand 10/2022. Anpassungen vorbehalten.
Preis = Endverbraucherpreis.

ERGEBNIS & UNTERSCHRIFT PRAXIS

E-Mail (Registrierung/Ergebnis) _____

Ergebnis (nur an Praxis) Online* E-Mail Briefpost

* Abruf nur mit Kundenkonto (Registrierung auf www.institut-iai.ch)

Die unten stehende Zahnarztzerklärung habe ich verstanden und stimme zu. Die rückseitige Patientenerklärung wurde beachtet.

Ort, Datum _____
Unterschrift Zahnarzt/-ärztin

Zahnarztzerklärung: Aufklärung und Einwilligung Zahnarzt/-ärztin

Der/Die Patient/-in wurde darüber informiert, dass kein grundsätzlicher Erstattungsanspruch an die gesetzliche Krankenkasse besteht. Wird nach Abschluss der Analyse die Zustellung der Rechnung direkt an den/die Patienten/-in gewünscht, bestätige ich als Zahnarzt/-ärztin, den/die Patienten/-in über die Kosten nach nebenstehender Tabelle aufgeklärt zu haben. Das Analyseergebnis erhält in jedem Fall die Zahnarztpraxis. Persönliche Daten werden vertraulich behandelt.

Padogen

AUFTRAGSFORMULAR

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für eine molekulargenetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (DGE)

Angeforderte genetische Untersuchung:

Molekulargenetische Charakterisierung von Polymorphismen an Position -889 des humanen Interleukin (IL)-1 α -Gens, an Position +3953 des humanen Interleukin (IL)-1 β -Gens, an Position +2018 des humanen Interleukin-Rezeptorantagonisten-Gens (IL-1RN) sowie an Position -308 des humanen Tumornekrosefaktors- α -Gens (TNF- α).

Aufklärung:

Die Bestimmung der genetisch bedingten Entzündungsneigung durch Analyse von Polymorphismen der o.g. Gene erlaubt eine prognostische Aussage über den Verlauf von Parodontalerkrankungen. Durch Einbindung in ein spezielles Therapie- und Prophylaxe-konzept kann die bei Patienten/-innen mit erblich bedingter erhöhter Entzündungsneigung schneller fortschreitende Zerstörung des Zahnhalteapparates verzögert werden.

Ich bin einverstanden,

- mit der o.g. Untersuchung und Probenentnahme, wurde von meinem/meiner behandelnden Arzt/Ärztin über deren Bedeutung aufgeklärt, habe diese verstanden und hatte genügend Bedenkzeit.
- dass die Probe ggf. an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet und für eine eventuell erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführende Untersuchungen zur Diagnosefindung verwendet werden kann.
- dass die gewonnenen Untersuchungsergebnisse nach Befunderstellung über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.
- dass folgende Ärzte/Ärztinnen oder Institutionen eine Befundmitteilung erhalten: mein/e verantwortliche/r Arzt/Ärztin, weitere behandelnde Ärzte/Ärztinnen sowie _____.
- dass das Untersuchungsmaterial für die Qualitätssicherung archiviert und verwendet werden darf.
- dass ich über das Ergebnis informiert werde. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.

Nicht Zutreffendes bitte streichen! Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Name	_____	Ort, Datum	_____
Vorname	_____	Unterschrift des/der Patient/-in bzw. gesetzlicher/ Vertreter/-in	_____
Geburtsdatum	_____	Unterschrift verantwortl. veranlassender/ Arzt/Ärztin	_____

Patenteerklärung: Der anonymisierten Verwendung von Untersuchungsmaterial und/oder Ergebnissen für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu.

JA NEIN