



# AUFTRAGSFORMULAR

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

PadoBiom®

Auftrags-/Testnummer

Promocode

Geschlecht:  weiblich  männlich

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

Rechnung an Praxis (inkl. Einzelaufstellung pro Patient – Rabatte möglich)

E-Mail-Adresse Patient/-in: \_\_\_\_\_

## PFLICHT: KLINISCHE ANGABEN

● Entnahmestelle Zahn \_\_\_\_\_ Taschentiefe \_\_\_\_\_ mm ● Maximaler Attachment-Verlust (CAL) \_\_\_\_\_ mm

► **WICHTIG: Die Entnahme muss mit genau 2 Papierspitzen aus der tiefsten Tasche erfolgen.**

● Bleeding on probing (BOP)  ja  nein ● Grading  A  B  C ● Staging  I  II  III  IV

● Klassifizierung  Parodontale/Gingivale Gesundheit  Stabile/-r Parodontitis-Patient/-in  Lokalisierte Parodontitis  
 Gingivitis  Generalisierte Parodontitis

● Datum der Probenahme \_\_\_\_\_ ● Zeitpunkt PadoBiom®:  vor Behandlung  nach Behandlung

● Datum der letzten Antibiotika-Behandlung \_\_\_\_\_ ● Datum der letzten Instrumental-Behandlung \_\_\_\_\_

● Zahnverlust aufgrund von Parodontitis  ja  nein ● Raucher  ja  nein ● Diabetes  ja  nein

## OPTIONALE ANGABEN

● Sonstige Medikation (Antiseptika, Probiotika, etc.) Welches? Wann? \_\_\_\_\_

● Familienhistorie (Parodontalerkrankungen in Familienanamnese) \_\_\_\_\_

● Bemerkungen (Vorerkrankungen, Überempfindlichkeiten) \_\_\_\_\_

## ERGEBNIS & UNTERSCHRIFT

E-Mail (Registrierung/Ergebnis) \_\_\_\_\_

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

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

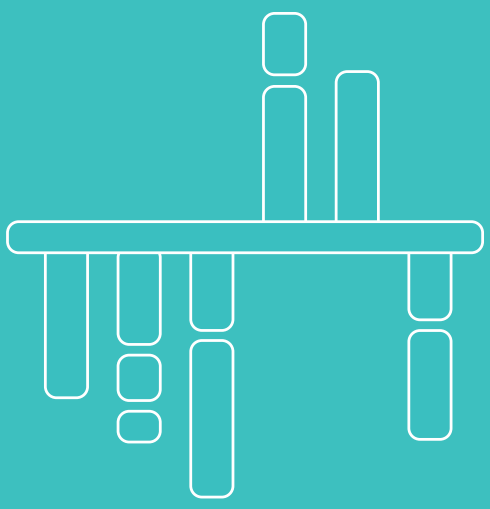
Die Zahnarterklärung auf der Rückseite habe ich verstanden und stimme zu. Die Patientenerklärung wurde beachtet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt/-ärztin

Bestellung:  Bitte senden Sie mir weitere PadoBiom® Probenahme-Sets (4 Stück im Umkarton): \_\_\_\_\_ Bestellmenge (Umkarton(s))

# Padobiom®



## ZAHNARZTERKLÄRUNG: AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZAHNARZT

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, an den/die Patienten/-in über die Kosten nach nebenstehender Tabelle aufgedeckt zu haben. Das Analyseergebnis erhält in jedem Fall die Zahnarztpraxis. Persönliche Daten werden vertraulich behandelt.

Preis <sup>1</sup>	Padobiom®
EUR	98,00

<sup>1</sup> Preis Stand 09/2022. Anpassungen vorbehalten.  
Preis = Endverbraucherpreis

## PATIENTENERKLÄRUNG:

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

JA
  NEIN

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in