

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)

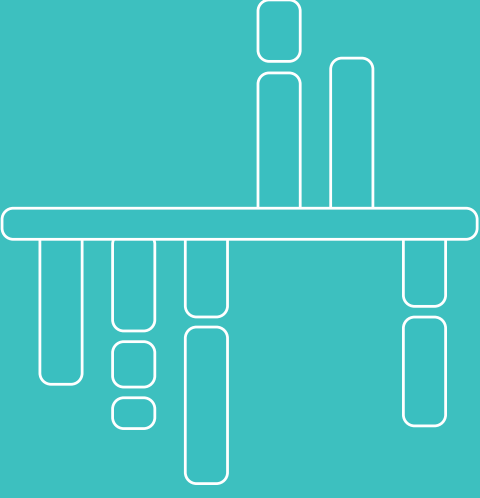
Die Zahnarterklärung auf der Rückseite habe ich verstanden und stimme zu. Die Patientenerklärung wurde beachtet.

Ort, Datum

Unterschrift Zahnarzt/-ärztin

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

Padobiom®



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 aufzuklärt zu haben. Das Analyseergebnis erhält in jedem Fall die Zahnarztpraxis. Persönliche Daten werden vertraulich behandelt.

ZAHNARZTERKLÄRUNG: AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZAHNARZT

Preis ¹	Padobiom®
CHF + 7,7 % MwSt.	128,00

¹ Preis Stand 09/2022. Anpassungen vorbehalten.
Preis = Endverbraucherpreis

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. gesetzlichen/er Vertreter/in

PATIENTENERKLÄRUNG:

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

JA

NEIN