



AUFTRAGSFORMULAR

PadoTest®

Name, Vorname / Code der/des Versicherten

Anschrift der/des Versicherten

Geburtsdatum der/des Versicherten _____

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

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: _____

1 GEWÜNSCHTE(N) TEST(S) BITTE ANKREUZEN!

PadoTest®

PA-Markerkeimbestimmung
 Bestimmung von sechs parodontopathogenen Keimen (Aa, Fa, Pg, Pi, Td, Tf)

PadoTest® inkl. PadoSero

PA-Markerkeim- und Aa-Serotypenbestimmung
 Bestimmung von sechs parodontopathogenen Keimen (Aa, Fa, Pg, Pi, Td, Tf)
inkl. Serotypendiagnostik von Aa

PadoGen

Genetischer Prädispositionstest: Bestimmung der genetisch bedingten Entzündungsneigung (IL-1α, IL-1β, IL-1-RN, TNF-α)



EINZEL-Stellen-Test

Eine Papierspitze pro Röhrchen
 (bis zu 4 Röhrchen insgesamt)

MULTI-Stellen-Test

Poolprobe:
 Mehrere Papierspitzen in ein Röhrchen

ZWINGEND ERFORDERLICH: Einverständniserklärung auf der Rückseite ausfüllen!

DIESER AUFTRAG IST EINE KONTROLLANALYSE (nur für PadoTest® wählbar)

20 % Rabatt Vergleich mit vorheriger Analyse zur Verlaufskontrolle
 (innerhalb von 6 Monaten nach Erstanalyse)

Auftrags-/Testnummer 1. Analyse

Entnahmestellen Zahn _____ Taschentiefe _____ mm ● Zahn _____ Taschentiefe _____ mm ●
 Zahn _____ Taschentiefe _____ mm ● Zahn _____ Taschentiefe _____ mm ●

Datum der Probennahme _____ **Zeitpunkt PadoTest®:** vor Behandlung nach Behandlung

2 KLINISCHE ANGABEN

Klinik

Medikation (Antibiotika, Antiseptika, Probiotika) **Welches? Wann?**

Staging I II III IV **Grading** A B C

Raucher ja nein **Diabetes** ja nein

Bemerkungen (Vorerkrankungen, Überempfindlichkeiten)

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

Ort, Datum _____ **Unterschrift Zahnarzt/-ärztin** _____

Bestellung: Bitte senden Sie mir weitere PadoTest® Entnahmekits (8 Stück im Umkarton): _____ Bestellmenge (Umkarton/s)

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

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, 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.

* Aufpreis Serotypenbestimmung! Wird nur bei Beauftragung des Nachweises von *Aggregatibacter actinomycetemcomitans (Aa)* abgerechnet.

Preis ¹	CHF + 7,7 % MwSt.
1 Zahnstelle	55,00
2 Zahnstellen	100,00
3 Zahnstellen	140,00
4 Zahnstellen	180,00
Multistellentest	55,00
PadoSero*	+ 25,00

NUR BEI PADOGEN: EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

FÜR EINE MOLEKULARGENETISCHE UNTERSUCHUNG GEMÄSS GENDIAGNOSTIKGESETZ

Preis ¹	CHF + 7,7 % MwSt.
PadoGen	80,00

Preis ¹	CHF + 7,7 % MwSt.
Kombinationsanalyse: PadoTest®, PadoSero, PadoGen	140,00

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 Prophylaxekonzept kann die bei Patienten/-innen mit erblich bedingt 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 veranlassende/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. gesetzliche/r Vertreter/-in

Geburtsdatum

Unterschrift veranlassende/r Arzt/Ärztin