



# AUFTRAGSFORMULAR

# PadoBiom®

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

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: \_\_\_\_\_

**FORMULAR stattdessen ONLINE AUSFÜLLEN: [www.iai-test.de/auftrag](http://www.iai-test.de/auftrag)**

## 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) \_\_\_\_\_

## ZUSÄTZLICH: GENETISCHER PRÄDISPOSITIONSTEST (+ 80,00 €)

PadoGen (nur in DE & AT wählbar) **ZWINGEND ERFORDERLICH: Einverständniserklärung auf der Rückseite ausfüllen!**

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

## ERGEBNIS & UNTERSCHRIFT

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

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

\* Abruf nur mit Kundenkonto (Registrierung auf [www.iai-test.de](http://www.iai-test.de))

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))

## 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 untenstehender Preisübersicht aufgeklärt zu haben. Das Analyseergebnis erhält in jedem Fall die Zahnarztpraxis. Persönliche Daten werden vertraulich behandelt.

### PREISÜBERSICHT

<b>PadoBiom</b>	125,00	<b>PadoGen</b> (nur in DE & A wählbar)	80,00
Mikrobiombasierte Analyse		Genetische Analyse	

Preise in EUR/CHF (Stand 03/2024). Anpassungen vorbehalten. Preise inkl. jeweiliger gesetzlicher MwSt.

Nur bei **PadoGen** (nur in DE & AT wählbar):

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für eine molekulargenetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (DE)

#### Angeforderte genetische Untersuchung:

Molekulargenetische Charakterisierung von Polymorphismen an Position -889 des humanen Interleukin (IL-)1 $\alpha$ -Gens, an Position +3953 des humanen Interleukin (IL-)1 $\beta$ -Gens, an Position +2018 des humanen Interleukin-Rezeptorantagonisten-Gens (IL-1RN) sowie an Position -308 des humanen Tumornekrosefaktor- $\alpha$ -Gens (TNF- $\alpha$ ).

#### 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 Zahnhaltapparates 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.

#### PadoGen: Genetische Beratung

Entsprechend des deutschen Gendiagnostikgesetzes (§ 10 GenDG) und des österreichischen Gentechnikgesetzes (§ 69 GTG) bieten wir Ihnen die Möglichkeit einer genetischen Beratung mit dem Erhalt des Testergebnisses (Inhalt der Beratung unter [www.iai-test.de/service/genetischeberatung](http://www.iai-test.de/service/genetischeberatung)) durch qualifizierte Fachärzte/Fachärztinnen für Humangenetik an. Sie können dies nachfolgend ankreuzen. Für die Terminwahl setzen Sie sich bitte unter [info@iai-test.de](mailto:info@iai-test.de) mit uns in Verbindung. Eine nachträgliche Änderung Ihrer Auswahl ist vor Einsendung der Probe möglich. Bei Nicht-Inanspruchnahme dieser Option erklären Sie Ihren ausdrücklichen Verzicht auf die genetische Beratung.

Ich wünsche eine kostenpflichtige zahnmedizinisch-genetische Beratung (Kosten: 500,00 €).

\_\_\_\_\_  
Name

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

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patient/-in bzw. gesetzliche/r Vertreter/-in

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift veranlassende/r Arzt/Ärztin