



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) _____

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)

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

PREISÜBERSICHT

PadoBiom	125,00	PadoGen (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 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 Tumornekrosefaktor- 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 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 verlassende/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 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 verlassende/r Arzt/Ärztin

Kostenfreie Hotline: 00800 32 32 62 62 | E-Mail: info@iai-test.de | Web: www.iai-test.de / www.padobiom.de

Vertragspartner:

DE, EU & Welt: ParoX GmbH | Deutscher Platz 5, 04103 Leipzig, Deutschland | Tel.: +49 341 149 59 10 | Fax: +49 341 149 59 59

CH: Institut für Angewandte Immunologie IAI AG | Dorfstr. 4, 8132 Egg b. Zürich, Schweiz | Tel.: +41 326 855 462 | Fax: +41 326 855 492

Rev.2_V2025-01