

FORMULARZ ZLECENIA



Nazwisko, imię lub numer pacjenta

Adres ubezpieczonego pacjenta

Data urodzenia

Dentysta (zleceńodawca)
Pieczęćka gabinetu, adres

PadoBiom®

Numer zlecenia/testu

Kod promocyjny

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

☐ Faktura dla pacjenta (tylko Niemcy i Szwajcaria)

☐ Faktura dla gabinetu (w tym zestawienie indywidualne dla pacjenta – możliwe rabaty)

➔ Adres e-mail pacjenta:

OBOWIĄZEK: DANE KLINICZNE

- Miejsca pobrania Ząb _____ Głębokość kieszonki _____ mm • Maksymalna utrata dostępu _____ mm
▶ **WAŻNE:** Wyjmowanie należy przeprowadzić dokładnie dwoma końcówkami papieru z najgłębszej kieszeni.
- Bleeding on probing (BOP) ☐ tak ☐ nie • Grading ☐ A ☐ B ☐ C • Staging ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
- Klasyfikacja ☐ Zdrowie przyzębia/dziąseł ☐ Pacjent z przewlekłym zapaleniem przyzębia ☐ Miejscowe zapalenie przyzębia
☐ Zapalenie dziąseł ☐ Ogólne zapalenie przyzębia
- Data pobrania próbki _____ • Czas testu: ☐ przed leczeniem ☐ po leczeniu
- Data ostatniej kuracji antybiotykowej _____ • Data ostatniego leczenia instrumentalnego _____
- Utrata zębów z powodu zapalenia przyzębia ☐ tak ☐ nie • Palenie ☐ tak ☐ nie • Cukrzyca ☐ tak ☐ nie

DANE OPCJONALNE

- Inne leki (Środki antyseptyczne, probiotyki itp.) Jakieg? Kiedy? _____
- Historia rodziny (Choroby przyzębia w wywiadzie rodzinnym) _____
- Uwagi (przebyte choroby, nadwrażliwości) _____

DODATKOWO: TEST PREDYSPOZYCJI GENETYCZNEJ (+ 340,00 zł)

- ☐ PadoGen **OBOWIĄZKOWO:** Wypełnić zgodę na odwrocie!
- Analiza genetyczna:** Oznaczenie genetycznie uwarunkowanej skłonności do stanów zapalnych (IL-1α, IL-1β, IL-1-RN, TNF-α)

WYNIK & PODPIS

- E-mail (rejestracja/wynik) _____
- Wynik (tylko do gabinetu) ☒ Online* ☐ E-mail ☐ Poczta tradycyjna

* Odbiór tylko z kontem klienta (rejestracja na www.iai-test.de)

Oświadczenie stomatologa na odwrocie zostało przeze mnie zrozumiane i akceptuję je.

Miejscowość, data

Podpis dentysty

Zamówienie: ☐ Proszę o przesłanie większej liczby zestawów do pobierania próbek PadoBiom® (4 zestawy w kartonie). Ilość: _____

OŚWIADCZENIE STOMATOLOGA: POINFORMOWANIE I ZGODA PACJENTA

DPacjent został poinformowany, że nie przysługuje mu zasadniczo prawo do zwrotu kosztów przez ustawową kasę chorych.

W przypadku chęci otrzymania faktury bezpośrednio przez pacjenta po zakończeniu analizy, potwierdzam jako dentysta, że poinformowałem/am pacjenta o kosztach zgodnie z poniższym zestawieniem cen. Wynik analizy otrzymuje w każdym przypadku gabinet stomatologiczny.

Dane osobowe traktowane są poufnie.

CENNIK

PadoBiom	520,00
Analiza mikrobiomu	

PadoGen	340,00
Analiza genetyczna	

Ceny w PLN (stan na 06/2025), możliwe zmiany; ceny zawierają obowiązujący podatek VAT

Tylko przy **PadoGen**:

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY na badanie diagnostyki genetycznej

Zamawiane badanie genetyczne:

Molekularno-genetyczna charakterystyka polimorfizmów w pozycji -889 genu ludzkiej interleukiny (IL-)1α, w pozycji +3953 genu ludzkiej interleukiny (IL-)1β, w pozycji +2018 genu ludzkiego antagonisty receptora interleukiny (IL-1RN) oraz w pozycji -308 genu ludzkiego czynnika martwicy nowotworów α (TNF-α)

Informacja:

Określenie genetycznie uwarunkowanej skłonności do stanów zapalnych poprzez analizę polimorfizmów powyższych genów pozwala na prognozowanie przebiegu chorób przyzębia. Włączenie do specjalnego programu terapii i profilaktyki może spowolnić szybszą destrukcję aparatu zębowego u pacjentów z dziedzicznie zwiększoną skłonnością do stanów zapalnych

Wyrażam zgodę,

- na powyższe badanie i pobranie próbki, zostałem/zostałam poinformowany/a przez mojego lekarza o znaczeniu badania, zrozumiałem/am je i miałem/am wystarczająco dużo czasu do namysłu.
- aby próbka mogła zostać przekazana do wyspecjalizowanego laboratorium partnerskiego w celu ewentualnej weryfikacji wyniku lub dalszych badań diagnostycznych.
- aby uzyskane wyniki badań były przechowywane po sporządzeniu wyniku przez wymagany okres 10 lat.
- aby następujący lekarze lub instytucje otrzymali informację o wyniku: mój lekarz kierujący, inni lekarze prowadzący oraz _____.
- aby materiał badawczy mógł być archiwizowany i wykorzystywany do zapewnienia jakości.
- aby zostać poinformowanym o wyniku badania. Zostałem/zostałam poinformowany/a o prawie do nieznanomości wyniku.

Niepotrzebne skreślić! Każdy punkt zgody może być przeze mnie w każdej chwili odwołany.

Nazwisko

Miejscowość, data

Imię

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Data urodzenia

Podpis lekarza zlecającego

Polska obsługa klienta:

Bezpłatna infolinia: 00800 32 32 62 62 | E-mail: info@iai-test.de | Strona internetowa: www.iai-test.de / www.padobiom.de

DE, EU i świat: ParoX GmbH | Deutscher Platz 5, 04103 Lipsk, Niemcy | Tel.: +49 341 149 59 19 | Fax: +49 341 149 59 59

Rev.1_V2025-10