

# FORMULARZ ZLECENIA



Nazwisko, imię lub numer pacjenta

Adres ubezpieczonego pacjenta

Data urodzenia

Płeć:  kobieta  mężczyzna Osoba paląca:  tak  nie

Faktura dla pacjenta (tylko Niemcy i Szwajcaria)

Adres e-mail pacjenta:

Stomatolog (zleceniodawca)  
pieczętka gabinetu, adres

PadoTest®  
PadoSero PadoGen

Numer zlecenia/testu

Kod promocyjny

Faktura dla gabinetu (w tym usługi indywidualne dla pacjentów – możliwe rabaty)

FORMULARZ można wypełnić ONLINE: [www.iai-test.de/zlecenia](http://www.iai-test.de/zlecenia)

Tylko online: wybór analiz kontrolnych, dane kliniczne na raporcie z badań oraz kopia zlecenia wysyłana e-mailem.

## PROSZĘ ZAZNACZYĆ WYBRANE TESTY!

**PadoTest®** od 270,00 zł

Analiza bakterii markerowych oraz serotypów Aa w parodontitis  
6 bakterii periodontopatogennych (Aa, Fa, Pg, Pi, Td, Tf)  
+ serotypy Aa (a-f, w tym JP2 lub WT) + liczba bakterii ogółem

**PadoSero** od 190,00 zł

Analiza serotypów Aa  
Oznaczanie Aa i jego serotypów (a-f, w tym JP2 lub WT)  
+ liczba bakterii ogółem

**PadoGen** 340,00 zł

Test genetycznej predyspozycji: oznaczenie genetycznie uwarunkowanej skłonności do stanów zapalnych (IL-1α, IL-1β, IL-1-RN, TNF-α)

**OBOWIĄZKOWE:** wypełnić oświadczenie o zgodzie na odwrocie! (również w przypadku formularza online)

**TEST POJEDYNCZEGO MIEJSCA**

Jedna papierowa końcówka na próbkę  
(do 4 próbek łącznie)

**TEST WIELOMIEJSCOWY**

Próbka zbiorcza: kilka końcówek  
papierowych w jednej próbce

## WSKAŹNIKI KLINICZNE

Miejsca pobrania próbki Ząb \_\_\_\_\_ Głębokość kieszonki \_\_\_\_\_ mm ● Ząb \_\_\_\_\_ Głębokość kieszonki \_\_\_\_\_ mm ●  
Ząb \_\_\_\_\_ Głębokość kieszonki \_\_\_\_\_ mm ● Ząb \_\_\_\_\_ Głębokość kieszonki \_\_\_\_\_ mm ●

Data pobrania próbki \_\_\_\_\_ Moment badania:  przed leczeniem  po leczeniu

Obraz kliniczny \_\_\_\_\_

Alergia na antybiotyki (na jakie?) \_\_\_\_\_

## WYNIK & PODPIS

Adres e-mail (rejestracja / wynik) \_\_\_\_\_

Wynik (tylko do gabinetu)  Online\*  E-mail  Poczta tradycyjna

\* Dostęp wyłącznie przez konto klienta (rejestracja na [www.iai-test.de](http://www.iai-test.de))

Oświadczenie lekarza stomatologa na odwrocie zostało mi wyjaśnione i je akceptuję.

Miejscowość, data

Podpis stomatologa

Zamówienie:  Proszę o przesłanie dodatkowych zestawów do pobierania próbek PadoTest® (4 sztuki w opakowaniu zbiorczym). Ilość: \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE LEKARZA STOMATOLOGA: POINFORMOWANIE I ZGODA

Pacjent został poinformowany, że nie przysługuje mu zasadnicze prawo do zwrotu kosztów przez ustawową kasę chorych. Jeżeli po zakończeniu analizy faktura ma zostać wystawiona bezpośrednio na pacjenta, jako lekarz stomatolog niniejszym potwierdzam, że pacjent został poinformowany o kosztach zgodnie z poniższym cennikiem. Wynik analizy zostanie w każdym przypadku przekazany do gabinetu stomatologicznego. Dane osobowe są traktowane jako poufne.

CENNIK	PadoSero	PadoTest®	PadoGen	340,00
1 próbka	190,00	270,00	Analiza genetyczna	
2 próbki	290,00	440,00		
3 próbki	400,00	610,00	<b>Analiza łączona</b>	550,00
4 próbki	500,00	780,00	PadoTest® (w tym PadoSero) + PadoGen	
Próbka zbiorcza	190,00	270,00		

Ceny w PLN (stan na 06/2025). Zastrzeżona możliwość wprowadzania zmian. Ceny zawierają obowiązujący podatek VAT.

Tylko dla **PadoGen**:

### OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY na molekularno-genetyczne badanie

#### Zamawiane badanie genetyczne:

Molekularna charakterystyka polimorfizmów w następujących pozycjach: – pozycja -889 w genie ludzkiej interleukiny IL-1α, – pozycja +3953 w genie ludzkiej interleukiny IL-1β, – pozycja +2018 w genie ludzkiego antagonisty receptora interleukiny IL-1RN, – pozycja -308 w genie ludzkiego czynnika martwicy nowotworów TNF-α.

#### Informacja dla pacjenta:

Określenie genetycznie uwarunkowanej skłonności do stanów zapalnych poprzez analizę polimorfizmów wymienionych wyżej genów umożliwia prognozowanie przebiegu chorób przyzębia. Włączenie wyników badania do specjalistycznego programu terapeutycznego i profilaktycznego pozwala opóźnić szybszą degradację aparatu utrzymującego zęby u pacjentów z dziedzicznie podwyższoną skłonnością do stanów zapalnych.

#### Wyrażam zgodę na:

- przeprowadzenie powyższego badania oraz pobranie próbki; zostałem/zostałam poinformowany/a przez lekarza prowadzącego o znaczeniu badania, zrozumiałem/am przekazane informacje i miałem/am wystarczająco dużo czasu na ich rozważenie.
- ewentualne przekazanie próbki do wyspecjalizowanego laboratorium partnerskiego w celu weryfikacji wyniku lub przeprowadzenia dalszych badań diagnostycznych.
- przechowywanie uzyskanych wyników badań po sporządzeniu opinii diagnostycznej przez okres przekraczający ustawowy termin 10 lat.
- przekazanie wyników następującym lekarzom lub instytucjom: lekarz zlecający badanie, inni lekarze prowadzący oraz \_\_\_\_\_.
- archiwizację i wykorzystanie materiału badawczego w celu zapewnienia jakości.
- poinformowanie mnie o wyniku badania. Zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługującym mi prawie do niezyskania informacji o wyniku.

Niepotrzebne skreślić! Każdy punkt niniejszej zgody może zostać przeze mnie odwołany w dowolnym momencie.

Nazwisko

Miejscowość, data

Imię

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Data urodzenia

Podpis lekarza zlecającego badanie