

Nazwisko, imię lub numer pacjenta

Adres ubezpieczonego pacjenta

Data urodzenia

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

☐ Faktura dla pacjenta (tylko Niemcy i Szwajcaria)

Adres e-mail pacjenta:

FORMULARZ ZLECENIA



Dentysta (zlecaniodawca)
Pieczętka gabinetu, adres

PadoTest®
PadoSero PadoGen

Numer zlecenia/testu

Kod promocyjny

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

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WYBRANE TESTY!

☐ **PadoTest®** od 270,00 zł

Analiza bakterii markerowych & analiza serotypów Aa
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

Analiza genetyczna: Oznaczenie genetycznie uwarunkowanej skłonności do stanów zapalnych (IL-1α, IL-1β, IL-1-RN, TNF-α)

☐ **TEST POJEDYNCZEGO MIEJSCA**

Jedna papierowa końcówka na próbówkę
(do 4 próbek łącznie)

☐ **TEST WIELOMIEJSCOWY**

Próbka zbiorcza: kilka końcówek
papierowych w jednej próbówce

☐ **TO ZLECENIE JEST ANALIZĄ KONTROLNĄ**
Porównanie z wcześniejszą analizą w celu kontroli przebiegu (w ciągu 6 miesięcy od pierwszej analizy)

Numer zlecenia/testu 1. analizy

Miejsca pobrania Ząb _____ Głębokość kieszonki _____ mm ● Ząb _____ Głębokość kieszonki _____ mm ●
Ząb _____ Głębokość kieszonki _____ mm ● Ząb _____ Głębokość kieszonki _____ mm ●

Data pobrania próbki _____ Czas testu: ☐ przed leczeniem ☐ po leczeniu

DANE KLINICZNE

Klinika _____

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

Palenie ☐ tak ☐ nie Cukrzyca ☐ tak ☐ nie

Leki (antybiotyki, antyseptyki, probiotyki) Jakieg? Kiedy?

Uwagi (przebyte choroby, nadwrażliwości)

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 PadoTest®/PadoSero (4 zestawy w kartonie). Ilość: _____

OŚWIADCZENIE STOMATOLOGA: POINFORMOWANIE I ZGODA PACJENTA

Pacjent 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	PadoSero	PadoTest®	PadoGen	
1 próbka	190,00	270,00	Analiza genetyczna	340,00
2 próbki	290,00	440,00		
3 próbki	400,00	610,00	Analiza łączona	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),
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 nieznajomości wyniku.

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

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

Miejscowość, data

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Podpis lekarza zlecającego