



# 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 & A 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

<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 & A 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.

#### 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/genetische-beratung](http://www.iai-test.de/service/genetische-beratung)) 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: 250,00 €).

\_\_\_\_\_  
Name

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

\_\_\_\_\_  
Vorname

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

Kostenfreie Hotline: 00800 32 32 62 62 | E-Mail: [info@iai-test.de](mailto:info@iai-test.de) | Web: [www.iai-test.de](http://www.iai-test.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.1\_V2024-03