

FORMULARZ ZLECENIA



Nazwisko, imię lub numer pacjenta

Adres ubezpieczonego pacjenta

Data urodzenia

Stomatolog (zlecaniodawca)
pieczętka gabinetu, adres

PadoBiom®

Numer zlecenia/testu

Kod promocyjny

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

☐ Faktura dla pacjent (tylko Niemcy i Szwajcaria)

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

➔ Adres e-mail pacjenta: _____

OBOWIĄZKOWE: DANE KLINICZNE

• Miejsca pobrania próbki Ząb _____ Głębokość kieszonki _____ mm • Maksymalna utrata przyczepu (CAL) _____ mm

► **WAŻNE:** Pobranie musi być wykonane za pomocą dokładnie 2 papierowych końcówek z najgłębszej kieszonki.

• Krwawienie podczas sondowania ☐ tak ☐ nie (BOP) • Stopień zaawansowania ☐ A ☐ B ☐ C (Grading) • Stadium choroby: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV (Staging)

• Klasyfikacja kliniczna ☐ Zdrowy stan przyzębia / dziąseł ☐ Pacjent z ustabilizowaną postacią zapalenia przyzębia ☐ Zlokalizowane zapalenie przyzębia ☐ Zapalenie dziąseł ☐ Uogólnione zapalenie przyzębia

• Data pobrania próbki _____ • Moment badania PadoBiom®: ☐ przed leczeniem ☐ po leczeniu

• Data ostatniego leczenia antybiotykowego _____ • Data ostatniego leczenia instrumentalnego _____

• Utrata zęba z powodu zapalenia przyzębia ☐ tak ☐ nie • Osoba paląca ☐ tak ☐ nie • Cukrzyca ☐ tak ☐ nie

INFORMACJE OPCJONALNE

• Inne stosowane leki (antyseptyki, probiotyki itp.) Jakieg? Kiedy? _____

• Wywiad rodzinny (choroby przyzębia w historii rodzinnej) _____

• Uwagi (choroby współistniejące, nadwrażliwości) _____

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

☐ PadoGen **OBOWIĄZKOWE:** Wypełnij zgodę na badanie na odwrocie formularza!

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

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)

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

Miejscowość, data

Podpis stomatologa

Zamówienie: ☐ Proszę o przesłanie dodatkowych zestawów do pobierania próbek PadoBiom® (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

PadoBiom	520,00
Analiza mikrobiomu	

PadoGen	340,00
Analiza genetyczna	

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

Zamówione 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 nieuzyskania 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

Polska obsługa klienta:

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

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

Rev.1_V2025-11