

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



Stomatolog (zlecaniodawca)
pieczętka gabinetu, adres

PadoTest®
PadoSero PadoGen

Numer zlecenia/testu

Kod promocyjny

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

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)

☐ **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 próbki	Zqb	Głębokość kieszonki	mm	●	Zqb	Głębokość kieszonki	mm	●
	Zqb	Głębokość kieszonki	mm	●	Zqb	Głębokość kieszonki	mm	●

Data pobrania próbek _____ Moment badania **PadoTest®**: ☐ przed leczeniem ☐ po leczeniu

DANE KLINICZNE

Klinika _____

Leki (antybiotyki, antyseptyki, probiotyki) **Jakie? Kiedy?**

Uwagi (choroby współistniejące, nadwrażliwości)

Stopień zaawansowania (Staging) ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Stadium choroby (Grading) ☐ A ☐ B ☐ C

Osoba paląca ☐ tak ☐ nie

Cukrzyca ☐ tak ☐ nie

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

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 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