

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Geschlecht:

W

M

Bitte ankreuzen!



Laboratoriumsmedizin Dr. Adamek

Dr. med. Matthias Adamek

FA für Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Christiana Wagner

FÄ für Laboratoriumsmedizin

FÄ für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

Zietenstraße 8; 40476 Düsseldorf

Tel.: 0211-54 55 58-50; Fax: 0211-54 55 58-51

E-Mail: empfang@immulab.de

Anforderungsschein Zahngesundheit

Einsender (Stempel):

Kostenträger:

Sammelrechnung an Praxis

Patient / GOÄ

Patient / IGeL (Die Kosten werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Mit der Durchführung der Untersuchung und der Kostenübernahme durch mich bin ich einverstanden.)

Unterschrift des Patienten

Lokalisation

		Zahn	Fläche	Zahn	Fläche
Zahn	Fläche	Zahn	Fläche	Zahn	Fläche

Indikation für die Untersuchung

- aggressive Parodontitis (lokalis / generalis.)
- chronische Parodontitis (lokalis / generalis.)
- progrediente Parodontitis (trotz Therapie)
- Periimplantitis _____

Zeitpunkt der Untersuchung

- vor Parodontalbehandlung (subgingivales Scaling/Chirurgie)
- nach Parodontalbehandlung, während Erhaltungstherapie

Molekularbiologie

- parodontopathogene Keime PCR
 - *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*
 - *Porphyromonas gingivalis*
 - *Prevotella intermedia*
 - *Tannerella forsythia*
 - *Treponema denticola*
- Candida albicans* PCR
- immunogenetisches Risiko
 - Interleukine (Einwilligungserklärung erforderlich)

Wurde innerhalb der letzten 8 Wochen eine systemische oder lokale **Antibiotika**-Therapie durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, mit welchem Präparat?

Mikrobiologie (Abstrichtupfer) als GKV Leistung möglich

- pathogene Keime der Mundhöhle (ggf. inkl. Antibiotogramm)
- Pilze (ggf. inkl. Differenzierung und Antimykogramm)

→ bei Kassenpatienten bitte den Muster 10 Überweisungsschein beifügen

weitere gewünschte Untersuchungen, Bemerkungen: _____
