



Messung des Entzündungsmarkers aMMP-8: Probenentnahme und -versand

- Auf die Entnahme aus stark blutenden Taschen verzichten.
- Nicht unmittelbar nach PZR, PI, BOP, Sondierung etc. entnehmen.
- Für Untersuchungen vier Entnahmestellen wählen: Erste Molaren mesiovestibulär oder suspekten Stellen.

1

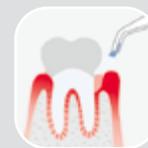
Relative Trockenlegung, kurzer sanfter Stoß mit Luftbläser, nicht zu stark trocknen, Entnahmestelle nur von Speichel befreien.

2



GCF*-Entnahmestreifen mit Pinzette am blauen Ende anfassen und vom Träger abziehen.

3



GCF*-Entnahmestreifen mit weißem Ende ca. 1-2 mm in den Sulkus einführen, 30 Sekunden im Sulkus belassen.

4

GCF*-Entnahmestreifen entnehmen und in beiliegendes Reagenzröhrchen geben.

Für die Entnahmestellen 2-4 analog verfahren.

Der 5. Entnahmestreifen dient als Ersatzstreifen.



Hinweis

Für eine Poolprobe alle 4 Streifen in ein Röhrchen geben, bei 4-Stellen-Probe jeden Streifen in ein separates Röhrchen geben.

5



Das Probenetikett wird zur Identifikation auf das Transportröhrchen geklebt.



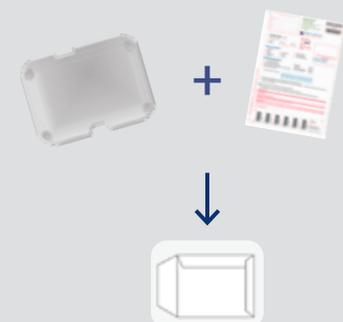
Dieses Etikett wird in die Patientenakte oder in ein Laborbuch geklebt.

6

Das Transportröhrchen wieder zurück in die weiße Box legen.



Auftragschein und Box in die Versandtasche stecken und an das Labor schicken.



Hinweise zum Ausfüllen der Anforderungsscheine

- Daten des Patienten eintragen
- Ankreuzen: Rechnung an Praxis oder Patient
- Klinische Angaben ankreuzen
- Gewünschte Untersuchung ankreuzen - Falls gewünscht aMMP-8 Patientenbefund ankreuzen
- Ankreuzen: Poolprobe oder einzelne Papierspitze
- Unterschrift des Patienten
- Wir empfehlen die Unterschrift des Patienten. So wird die gesetzlich vorgeschriebene Information des Privatpatienten zur Leistungserbringung außerhalb der eigenen Praxis dokumentiert.

Patientenangaben

Name: _____
 Geburtsdatum: _____
 Mütterl. Name: _____
 PLZ: _____
 Wohnort: _____

Rechnung an Patient*
 Bitte Patienten-Adressfeld ausfüllen

Rechnung an Arzt**

männlich weiblich

Klinische Angaben:

Parodontitis leichte mäßige fortgeschrittene refraktäre

Periimplantitis Karies Gingivitis

Erstuntersuchung Folgeuntersuchung Vorsorgeuntersuchung

Untersuchungswunsch:

5 Parodontitis-Markerkaisme Papierspitze (84,12 €)

11 Parodontitis-Markerkaisme Papierspitze (81,61 €)

Genet. Parodontitis-Risikocheck Abstr. Wangenschleimhaut (52,46 €)

aMMP-8 (Monitoring des destruktiven Gewebeabbaus) GCF-Entnahmestellen (26,23 €)

Patientenbefund aMMP-8*

Entnahmestelle: (bitte ankreuzen)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Poolprobe (Ein Probengefäß mit bis zu 5 Papierspitzen / GCF-Entnahmestellen)

Je eine der 5 Papierspitzen / GCF-Entnahmestellen in einem separaten Probengefäß. → Die Kosten der Untersuchung erhöhen sich um die Anzahl der Probengefäße!

Bei vielen klinischen Fragestellungen ist die Poolprobe ausreichend.
 Ohne Angabe gehen wir auch bei mehreren Probengefäßen von einer Poolprobe aus.

⚡ Durch Markieren dieses Feldes erhalten Sie, zusätzlich zum ärztlichen, einen speziellen patientenverständlichen Befund.

* Selbstzahlerleistungen
 Nach umfassender Aufklärung einsehe ich die Durchführung der oben gekennzeichneten Selbstzahlerleistungen. Ich weiß, dass die Leistungen in diesem Zusammenhang mit der Leistungserbringung der gesetzlichen Krankenkassen gehören und von diesen nicht erstattet werden. Ich werde die gesetzlich nach GOÄ erforderten Kosten meines Auftrags daher selbst tragen.

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient:
 Ihr behandelnder Arzt und das mit den Laborleistungen beauftragte Bioscientia-Labor hat die Abrechnung ihrer Leistungen der PVS Bayern AG (PVS), Arnulfstraße 31, 80069 München, übertragen. Alle Mitarbeiter dieses Unternehmens unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Die Honorarforderung wird treuhänderisch an die PVS abgeben. Die einzelnen Labor-Ergebnisse werden dem behandelnden Arzt zugewandt.

Einwilligungserklärung
 Ich erkläre in die Abholung und Übermittlung der zur Rechnungsstellung und zum Eintrag der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (Kassenzettel, Selbstbestimm., Kostenträger, erbrachte Leistungen nach GOÄ und dazugehörige Diagnosen) an die oben genannten PVS-Unternehmen ein und erkläre den Arzt zugleich von der Schweigepflicht.

Datum: _____ Unterschrift Patientin: _____

Selbstzahlerleistungen

für Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung
 Bitte NICHT für Privatpatienten verwenden!

BIOSCIENTIA
 MEDIZIN, LABOR, SERVICE.

Bitte markieren Sie nur so:

nicht so:

Markieren Sie nicht in Rot!

Vortragsverantwortung / Unterschrift über Arzt
 Bitte ausfüllen!

Sonstige Angaben:

Stempel und Unterschrift der Praxis