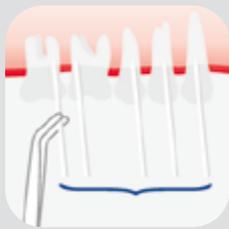




# Bestimmung parodontopathogener Keime: Probenentnahme und -versand

**1**

Nach Entfernung der supragingivalen Plaque und nachfolgender Trockenlegung des umgebenden Bereichs wird eine Papierspitze bis zum Grund der zu untersuchenden Zahnfleischtasche geführt und dort für 20 Sek. belassen.



Danach werden die Papierspitzen in das mitgelieferte Röhrchen gesteckt und das Röhrchen anschließend verschlossen.



**2**



Das Probenetikett wird zur Identifikation auf das Transportröhrchen geklebt.



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

**3**

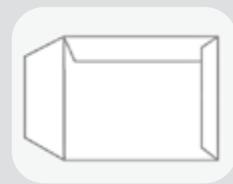
Das Transportröhrchen wieder zurück in die blaue Box legen.



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
- 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: \_\_\_\_\_  
 Adresse des Bestellers: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

**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!

Rechnung an Patient\*  
 Bitte Patienten-Adressfeld ausfüllen

Rechnung an Arzt\*\*

männlich  weiblich

**Klinische Angaben:**

Parodontitis  leichte  mäßige  fortgeschrittene  rezidivierende

Parodontitis  Periimplantitis  Karies  Gingivitis

Erstuntersuchung  Folgeuntersuchung  Vorsorgeuntersuchung

**Untersuchungswunsch:**

5 Parodontitis-Markierkeime  Papierspitze (54,12 €)

11 Parodontitis-Markierkeime  Papierspitze (81,61 €)

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

aMMP-8 (Monitoring des destruktiven Gewebebaus)  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.

**\* Selbstbestimmungen**  
 Nach umfassender Aufklärung wünsche ich die Durchführung der oben gekennzeichneten Selbstbestimmungen. Ich weiß, dass die Leistungen in diesem Zusammenhang nicht zur Leistungserbringung der gesetzlichen Krankenkassen gehören und von diesen nicht erstattet werden. Ich werde die zusätzlich nach GCM anfallenden Kosten meines Auftrages selber selbst tragen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 In Ihrer bestmöglichen Absicht und die mit der Laborleistungen besorgte Bioscientia-Labor hat die Abrechnung Ihrer Leistungen der PVS (gesetzl. AD (PVS), Anrechnung St. 80000 Min. (PVS), übertragbar. Alle Mitarbeiter dieses Unternehmens unterliegen der Schweigepflicht und des Geheimhaltung. Die Hausanforderung wird ausschließlich an die PVS übertragen. Die ermittelten Labor-Ergebnisse werden dem bestellenden Arzt zugestellt.

**Einwilligungserklärung**  
 Ich erlaube in der Abrechnung und Übermittlung der zur Rechnungsstellung und zum Ertrag der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (Anamnese, Geburtdatum, Krankenakte, erbrachte Leistungen nach GCM und dazugehörige Diagnosen) an die oben genannten PVS-Unternehmen ein und erlaube dem Arzt zugleich von der Schweigepflicht.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Zeitspalt: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der Praxis