

# LABOR ENDERS

Prof. Gisela Enders & Partner · Medizinische Diagnostik  
Rosenbergstraße 85 · 70193 Stuttgart · Tel.: 0711 6357-0 · Fax: 0711 6357-202

## Untersuchungsauftrag Parodontitis / Periimplantitis



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
<input type="text"/>		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Kostenträger (bitte untenstehende Erklärung beachten)

- Selbstzahlender Patient (IGeL)  
 Privatpatient

### Rechnung an

- Patienten (siehe oben)  
 Einsender

Probenentnahmedatum: <input type="text"/>	Einsender
Klinische und anamnestische Angaben: <input type="text"/>	<input type="text"/>

### Parodontopathogene Keimbestimmung

Material: Papierspitzen aus Zahnfleischtaschen (s. Beipackzettel Probenentnahme-Set)

1-Stellen-Probe oder „Poolprobe“

**5 Markerkeime**

IGeL-Leistung: 46,63 €

Privatpatient: 1,15x GOÄ (1x 4783 + 1x 4785)

**11 Markerkeime**

IGeL-Leistung: 75,77 €

Privatpatient: 1,15x GOÄ (2x 4783 + 1x 4785)

### Test zur Bestimmung der IL-1-vermittelten Entzündungsneigung

**Interleukin-1-Genotypisierung**

(IL-1A C-889T, IL-1B C+3953T, IL-1RN T+2018C)

Material: Wangenschleimhaut-Abstrich (s. Hinweise zu Probenentnahme und -transport)

**Bitte beachten:** Einwilligungserklärung zu genetischen Untersuchungen erforderlich (siehe Rückseite)

IGeL-Leistung: 46,63 €

Privatpatient: 1,15x GOÄ (1x 3920 + 2x 3922 + 2x 3924)

### Patientenerklärung zur Kostenübernahme

Ich bin darüber informiert worden, dass die von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehört. Ich werde die Kosten der Anforderung selbst bezahlen. Hinzu kommen 3,73 € Versandkosten. Privatversicherte Patienten sollten im Vorfeld eine Kostenübernahmeerklärung von ihrer Krankenversicherung einholen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

### zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz durch das Labor Enders

Vorgesehene Untersuchung:

Interleukin-1-Genotypisierung

**Erläuterung:** Gegenstand der Untersuchung ist eine Analyse von Sequenzvarianten im Interleukin 1A-Gen, im Interleukin 1B-Gen sowie im Interleukin 1-Rezeptorantagonisten-Gen zur Bestimmung des individuellen Entzündungsrisikos im Zusammenhang mit parodontalen Erkrankungen. Liegt bei einem Patienten eine erblich bedingt erhöhte Entzündungsneigung vor, so können Erkrankungen des Zahnhalteapparates deutlich schneller voranschreiten als bei einem Patienten ohne diese Veranlagung. Insbesondere Raucher, die auch Merkmalsträger sind, haben ein verstärktes Risiko für sowohl Parodontitis als auch Periimplantitis und den Verlust von Implantaten. Die durchzuführende Untersuchung beschränkt sich auf die oben genannte genetische Disposition und lässt keine Aussage über andere Erkrankungen zu.

Patientendaten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Name

Vorname

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Straße

PLZ/Ort

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung bei mir oder bei meinem minderjährigen Kind. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch das Ankreuzen mit Ja oder Nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten:

Ja

Nein

<input type="text"/>
----------------------

<input type="text"/>
----------------------

<input type="text"/>
----------------------

<input type="text"/>
----------------------

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

<input type="text"/>
----------------------

<input type="text"/>
----------------------

(Name des aufklärenden Arztes)

Unterschrift des aufklärenden Arztes