



16.01.2025 (1016.0829)

Einsender:

Tel.Nr.:

Gewünschte Untersuchung:
 (bitte ankreuzen, pro Probe nur eine Untersuchung möglich)

Parodontopathogene Markerkeime

<input type="checkbox"/> micro-IDent® <input type="checkbox"/> Gepoolte Probe <input type="checkbox"/> Einzelprobe	<input type="checkbox"/> micro-IDent® plus 11 <input type="checkbox"/> Gepoolte Probe <input type="checkbox"/> Einzelprobe
Entnahmestelle:	
Taschentiefe in mm:	

PRT-Parodontitis-Risiko-Test
 (Wangenschleimhaut-Abstrich)

Abstrichtupfer Mundhöhle (Pilze)
 (e-swab)

Krank seit:	Entnahme (Datum, Uhrzeit):
-------------	----------------------------

Anweisender Arzt/befugte Person:	Tel.Nr.:
(Name in Blockbuchstaben)	Unterschrift:

Patientenname: _____ **Geschlecht:** M W
Diagnose: _____ **Versicherungsnummer / Geburtsdatum:** _____

Bitte senden Sie mir neue Probenentnahmesets zu:

Markerkeime für 5 Proben Markerkeime für 10 Proben PRT-Test für 5 Proben Abstrich-e-swab für 5 Proben



16.01.2025 (1016.0829)

Einsender:

Tel.Nr.:

Gewünschte Untersuchung:
 (bitte ankreuzen, pro Probe nur eine Untersuchung möglich)

Parodontopathogene Markerkeime

<input type="checkbox"/> micro-IDent® <input type="checkbox"/> Gepoolte Probe <input type="checkbox"/> Einzelprobe	<input type="checkbox"/> micro-IDent® plus 11 <input type="checkbox"/> Gepoolte Probe <input type="checkbox"/> Einzelprobe
Entnahmestelle:	
Taschentiefe in mm:	

PRT-Parodontitis-Risiko-Test
 (Wangenschleimhaut-Abstrich)

Abstrichtupfer Mundhöhle (Pilze)
 (e-swab)

Krank seit:	Entnahme (Datum, Uhrzeit):
-------------	----------------------------

Anweisender Arzt/befugte Person:	Tel.Nr.:
(Name in Blockbuchstaben)	Unterschrift:

Patientenname: _____ **Geschlecht:** M W
Diagnose: _____ **Versicherungsnummer / Geburtsdatum:** _____

Bitte senden Sie mir neue Probenentnahmesets zu:

Markerkeime für 5 Proben Markerkeime für 10 Proben PRT-Test für 5 Proben Abstrich-e-swab für 5 Proben

CC →
 HC —
 AC —
 Aa —
 Pg —
 Pi —
 Tf —
 Td —

CC 1 —
 HC 2 —
 AC1 3 →
 Aa 4 —
 Pg 5 —
 Pi 6 —
 Tf 7 —
 Td 8 —
 AC2 9 →
 Pm 10 —
 Fn 11 —
 Cr 12 —
 En 13 —
 Ec 14 —
 Csp 15 —

CC —
 Spec-C —
 Sens IL-1A —
 IL-1A -C889 —
 IL-1A -889T —
 Sens IL-1B —
 IL-1B +C3953 —
 IL-1B +3953T —

Sens IL-1RN —
 IL-1RN +T2018 —
 IL-1RN +2018C —

Fehlerhafte Einsendungen

Beschreibung des Fehlers:

Telefonische Mitteilung Datum/Uhrzeit:

Mitteilung an (Name befugte Person):

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters:

Datum, Unterschrift:

CC →
 HC —
 AC —
 Aa —
 Pg —
 Pi —
 Tf —
 Td —

CC 1 —
 HC 2 —
 AC1 3 →
 Aa 4 —
 Pg 5 —
 Pi 6 —
 Tf 7 —
 Td 8 —
 AC2 9 →
 Pm 10 —
 Fn 11 —
 Cr 12 —
 En 13 —
 Ec 14 —
 Csp 15 —

CC —
 Spec-C —
 Sens IL-1A —
 IL-1A -C889 —
 IL-1A -889T —
 Sens IL-1B —
 IL-1B +C3953 —
 IL-1B +3953T —

Sens IL-1RN —
 IL-1RN +T2018 —
 IL-1RN +2018C —

Fehlerhafte Einsendungen

Beschreibung des Fehlers:

Telefonische Mitteilung Datum/Uhrzeit:

Mitteilung an (Name befugte Person):

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters:

Datum, Unterschrift: