

INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander
8010 Graz, Stiftingtalstraße 16

Befundauskunft: Tel. 0316/340-5720, e-mail: ikm-inbox@kages.at

Anfrage zur **Probenannahme:** Tel. 0316/340-5704

Annahmezeiten: Montag bis Freitag bis 14:30 Uhr,
Samstag bis 11:00 Uhr; Sonn- und Feiertag bis 10:00 Uhr

IKM
**BEGLEITSCHIN für
PARODONTITIS-UNTERSUCHUNGEN
EXTERN**

06.03.2025 (1016.0829)

HELP

Steiermärkische
Krankenanstalten —
IKM – INSTITUT FÜR
KRANKENHAUSHYGIENE
UND MIKROBIOLOGIE

Einsender:

Tel.Nr.:

Krank seit:

Entnahme (Datum, Uhrzeit):

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)

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**INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE**

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander
8010 Graz, Stiftingtalstraße 16

Befundauskunft: Tel. 0316/340-5720, e-mail: ikm-inbox@kages.at

Anfrage zur **Probenannahme:** Tel. 0316/340-5704

Annahmezeiten: Montag bis Freitag bis 14:30 Uhr,
Samstag bis 11:00 Uhr; Sonn- und Feiertag bis 10:00 Uhr

IKM
**BEGLEITSCHIN für
PARODONTITIS-UNTERSUCHUNGEN
EXTERN**

06.03.2025 (1016.0829)

HELP

Steiermärkische
Krankenanstalten —
IKM – INSTITUT FÜR
KRANKENHAUSHYGIENE
UND MIKROBIOLOGIE

Einsender:

Tel.Nr.:

Krank seit:

Entnahme (Datum, Uhrzeit):

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)

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 →	CC →	CC 1 _____
Spec-C _____	HC _____	HC 2 _____
Sens IL-1A _____	AC _____	AC1 3 →
IL-1A -C889 _____	Aa _____	Aa 4 _____
IL-1A -889T _____	Pg _____	Pg 5 _____
Sens IL-1B _____	Pi _____	Pi 6 _____
IL-1B +C3953 _____	Tf _____	Tf 7 _____
IL-1B +3953T _____	Td _____	Td 8 _____
Sens IL-1RN _____		AC2 9 →
IL-1RN +T2018 _____		Pm 10 _____
IL-1RN +2018C _____		Fn 11 _____
		Cr 12 _____
		En 13 _____
		Ec 14 _____
		Csp 15 _____

Fehlerhafte Einsendungen

Beschreibung des Fehlers:

Telefonische Mitteilung Datum/Uhrzeit:

Mitteilung an (Name befugte Person):

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters:

Datum, Unterschrift:

CC →	CC →	CC 1 _____
Spec-C _____	HC _____	HC 2 _____
Sens IL-1A _____	AC _____	AC1 3 →
IL-1A -C889 _____	Aa _____	Aa 4 _____
IL-1A -889T _____	Pg _____	Pg 5 _____
Sens IL-1B _____	Pi _____	Pi 6 _____
IL-1B +C3953 _____	Tf _____	Tf 7 _____
IL-1B +3953T _____	Td _____	Td 8 _____
Sens IL-1RN _____		AC2 9 →
IL-1RN +T2018 _____		Pm 10 _____
IL-1RN +2018C _____		Fn 11 _____
		Cr 12 _____
		En 13 _____
		Ec 14 _____
		Csp 15 _____

Fehlerhafte Einsendungen

Beschreibung des Fehlers:

Telefonische Mitteilung Datum/Uhrzeit:

Mitteilung an (Name befugte Person):

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters:

Datum, Unterschrift: