Versichertendaten:

MVZ für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie Koblenz - Mittelrhein
Dr. med. Dipl.-Chem. Rüdiger Walscheid
Laboratoriumsmedizin • Mikrobiologie • Infektionsepidemiologie • Bluttransfusionswesen • Hämostaseologie
Viktoriastraße 35-39 • 56068 Koblenz • Tel.: 0261 30405-0 • Fax: 0261 30405-944 • www.labor-koblenz.de

Anforderungsschein

GenoType® IL-1 Test

Bestimmung der IL-1 vermittelten Entzündungsneigung

Klinische Diagnose/ Zusatzinformationen

Parodontitis

- ☐ leichte
- ☐ mittelschwere
- ☐ fortgeschrittene
- ☐ refraktäre

Risikofaktoren

- ☐ Starker Raucher
- ☐ Mangelnde Compliance
- ☐ Prädisponierende Grunderkrankung
- ☐ Positiver micro-IDent®

Angaben zur Praxis / Praxisstempel

Bemerkungen: _____

Einverständniserklärung des Patienten/ der Patientin zur Kostenübernahme

Ich wünsche die Durchführung der oben aufgeführten Leistungen. Mir ist bekannt, dass die Kosten hierfür von mir selbst zu tragen sind und ich erkläre mich bereit, die Laborrechnung zu begleichen. Die Rechnungsadresse ist oben korrekt angegeben. Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch für meine private Vorsorge darüberhinausgehende Leistungen. Ich bin eingehend von meinem Arzt/ meiner Ärztin beraten worden und habe keine weiteren Fragen. Die Berechnung der Kosten erfolgt nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und beträgt 64,12 Euro. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem behandelnden Arzt/ Ärztin zugestellt. Die Absprache und die Unterzeichnung dieser Vereinbarung erfolgen freiwillig vor der Erbringung der Leistungen.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Arzt/ Ärztin: _____ Unterschrift Patient/in zur Kostenübernahme: _____

Die Einverständniserklärung nach § 8 Gendiagnostikgesetz ist dringend erforderlich. Ohne Unterschrift des Patienten/ der Patientin und des aufklärenden Arztes/ der Ärztin darf die Analyse nicht durchgeführt werden.

Einverständniserklärung nach § 8 Gendiagnostikgesetz

Parodontitis und Periimplantitis werden zwar durch parodontopathogene Bakterien verursacht, das Ausmaß der Zerstörung des Zahnhalteapparates wird jedoch auch durch die Reaktion des Immunsystems bestimmt. Diese Reaktion wiederum ist genetisch durch Interleukin-Gene programmiert und beeinflusst maßgeblich den Krankheitsverlauf. Das Ergebnis des GenoType® IL1-Tests lässt einen Rückschluss auf die Beteiligung des Immunsystems am Krankheitsgeschehen zu.

Hiermit erkläre ich mich mit der gezielten genetischen Untersuchung zur Abklärung der oben genannten Fragestellung, sowie der Gewinnung der dafür erforderlichen Probe, einverstanden. Die durchzuführende Untersuchung lässt keine Aussage über andere Erkrankungen zu. Über die Bedeutung der genetischen Analyse bin ich aufgeklärt worden. Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass:

- die Ergebnisse gemäß der gesetzlichen Regelungen 10 Jahre archiviert werden
- meine Befunde auch an den behandelnden Zahnarzt/ die behandelnde Zahnärztin weitergeleitet werden dürfen.

Es steht mir frei, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann.

Name (Patient/in): _____ Vorname (Patient/in): _____

Geburtsdatum: _____ Ort, Datum und Unterschrift Patient/in zur Einwilligung gemäß GenDG: _____

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden durch: Unterschrift Zahnarzt/-ärztin: _____

MVZ für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie Koblenz - Mittelrhein
Dr. med. Dipl.-Chem. Rüdiger Walscheid
Laboratoriumsmedizin • Mikrobiologie • Infektionsepidemiologie • Bluttransfusionswesen • Hämostaseologie
Viktoriastraße 35-39 • 56068 Koblenz • Tel.: 0261 30405-0 • Fax: 0261 30405-944 • www.labor-koblenz.de

Wangenschleimhaut-Abstriche ermöglichen eine schmerzfreie Probengewinnung für die molekulargenetische Diagnostik.

Bitte gehen Sie wie folgt vor:

Wichtiger Hinweis: Eine Stunde zuvor bitte nichts mehr trinken oder essen, sowie auf Zähneputzen, Mundspüllösung, Rauchen oder Kaugummikauen verzichten.

1. Beschriften Sie das äußere weiße Etikett des Abstrichtupfers mit Name, Vorname und Geburtsdatum der Testperson.

2. Entnehmen Sie den sterilen Abstrichtupfer durch Drehen aus der Verpackung. Tupfer nur am Schraubdeckel berühren, keinesfalls am Tupfer selbst. Achten Sie darauf, dass der Tupfer nicht mit Gegenständen in Berührung kommt. Legen Sie ihn nicht ab.

3. Reiben Sie den Tupfer etwa 20 bis 30 Mal kräftig über beide Innenseiten der Wange.

4. Führen Sie den Abstrichtupfer wieder vorsichtig in die Verpackungshülle ein und verschließen Sie diese durch festes Drehen.

5. Schicken Sie die Probe zusammen mit dem ausgefüllten Anforderungsschein zeitnah an unser Labor. Falls eine direkte Zustellung nicht möglich ist, empfehlen wir eine gekühlte Lagerung des Abstrichmaterials (im Kühlschrank bei 4 bis 8 °C).

6. Es handelt sich um eine humangenetische Untersuchung. Der untere Abschnitt des Anforderungsscheins muss daher zwingend vollständig ausgefüllt werden!