

Privat  IGeL

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Adresse des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

(Angaben dienen der verwaltungstechnischen Abwicklung und Leistungsberechnung. Adressfeld entspricht Überweisungsscheinformat. Ausfüllen mit Drucker möglich)

## MVZ für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie Koblenz - Mittelrhein

Dr. med. Dipl.-Chem. Rüdiger Walscheid • Axel Thuy  
 Laboratoriumsmedizin • Mikrobiologie • Infektionsepidemiologie • Bluttransfusionswesen • Hämostaseologie  
 Viktoriastraße 35-39 • 56068 Koblenz • Tel.: 0261 30405-0 • Fax: 0261 30405-944 • [www.labor-koblenz.de](http://www.labor-koblenz.de)



# Anforderungsschein GenoType® IL-1 Test

Bestimmung der IL-1 vermittelten Entzündungsneigung

Angaben zu Praxis / Praxisstempel

## Klinische Diagnose / Zusatzinformationen

### Parodontitis

- leichte
- mittelschwere
- fortgeschrittene
- refraktäre

### Risikofaktoren

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



Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung des Patienten

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 zugestellt. Die Absprache sowie die Unterzeichnung dieser Vereinbarung erfolgen freiwillig vor der Erbringung der Leistungen.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt / Ärztin: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

**Die Einverständniserklärung des Patienten nach § 8 Gendiagnostikgesetz ist dringend erforderlich - ohne Unterschrift des Patienten und des aufklärenden Arztes 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 IL—Tests lässt einen Rückschluss zu auf die Beteiligung des Immunsystems am Krankheitsgeschehen.

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 ich mich damit einverstanden,

- dass die Ergebnisse gemäß gesetzlichen Regelungen 10 Jahre archiviert werden
- dass meine Befunde auch an den behandelnden Zahnarzt 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): \_\_\_\_\_ Vorname (Patient): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ort, Datum und Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden durch: **Unterschrift Zahnarzt/ärztin:** \_\_\_\_\_