

Eingang:

Version 7.0, erstellt am 01.08.2015

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"/> micro-IDent® plus 11	<input type="checkbox"/> Einzelprobe
Entnahmestelle: _____	
Taschentiefe in mm: _____	
<input type="checkbox"/> PRT-Parodontitis-Risiko-Test (Wangenschleimhaut-Abstrich)	
<input type="checkbox"/> Abstrichtupfer Mundhöhle (Pilze) (Abstrichtupfer-Copan)	

Krank seit:	Entnahme (Datum/Uhrzeit):

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

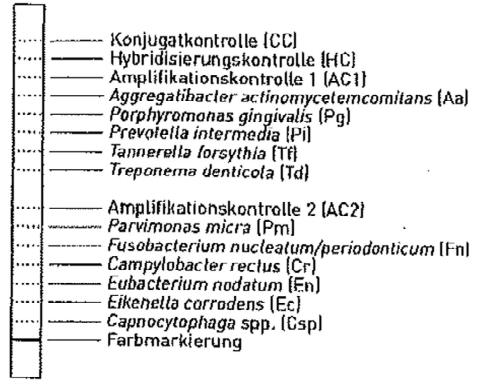
Patientenname:		Geburtsdatum:
Diagnose:	Geschlecht:	Versicherungsnr.:

Bitte senden Sie mir neue Probenentnahmesets zu:			
<input type="checkbox"/> Markerkeime für 5 Proben	<input type="checkbox"/> Markerkeime für 10 Proben	<input type="checkbox"/> PRT-Test für 5 Proben	<input type="checkbox"/> Abstrich-Copan für 5 Proben

micro-IDent® :

CC	
Amp-C	
Aa	
Pg	
Pi	
Tf	
Td	

micro-IDentplus-11® :



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	---		

Datum, Unterschrift:

Fehlerhafte Einsendungen:	
Beschreibung:	Paraffe:
Telefonische Mitteilung:	
Datum/Uhrzeit:	
Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters:	
Mitteilung an (Name befugte Person):	
Beschreibung:	