



Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. Klaus Vander
8010 Graz, Stiftingtalstraße 16
Befundauskunft: Tel. 0316/340-5720, Fax 5702
Anfrage zur Probenannahme: Tel. 0316/340-5704
ANNAHMEZEITEN: Montag - Freitag bis 14:30 Uhr,
Samstag bis 11:00 Uhr; Sonn- und Feiertag bis 10:00 Uhr

BEGLEITSCHIN für PARODONTITIS- UNTERSUCHUNGEN

Version 9.0, 01.05.2022 (1016.0829)



Einsender:
Tel.Nr.:

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

Parodontopathogene Markerkeime

micro-IDent®

- Gepoolte Probe
 Einzelprobe

micro-IDent® plus 11

- Gepoolte Probe
 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:

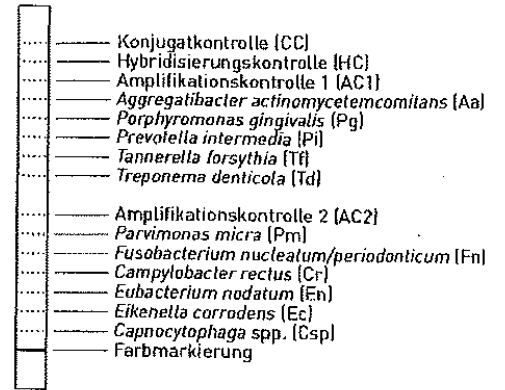
Patientenname:	Geburtsdatum:	
Diagnose:	Geschlecht:	Versicherungsnummer:

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-e-swab 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	---		

Fehlerhafte Einsendungen:

Beschreibung: _____ Paraphe: _____

Telefonische Mitteilung: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Datum, Unterschrift: