

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	TK	Knappschaft
Name, Vorname des/der Versicherten							geboren am
							Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D
Kassennummer		Versichertennummer		Status			
Vertragsarzt			VK gültig bis		Datum		

# Auftragsformular DNA-Nachweis parodontopathogener Markerkeime



**Institut für Dermatohistologie  
Pathologie Molekularpathologie**  
Prof. Dr. Helmut Laaff

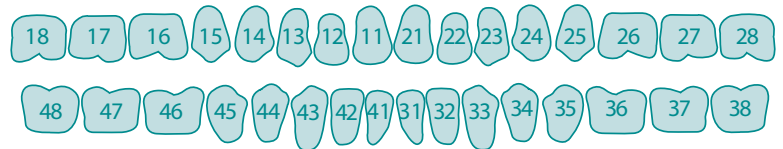
Sasbacher Straße 10  
79111 Freiburg  
Telefon +49 (0) 761 120360 oder +49 (0) 761 7699690  
Telefax +49 (0) 761 1203615  
E-Mail info@labor-laaff.de  
Website www.labor-laaff.de

Prof. Dr. Helmut Laaff  
Dr. Astrid Kersten  
Dr. Andrea Schmitt  
Dr. Barbara Wittmeier  
Dr. Jörn Coldewey  
Dr. Annette May  
Katja Ernst

Zutreffendes unbedingt ankreuzen!		
KVB I – II	Post B	BG
<input type="checkbox"/>	<b>Befund eilt!</b>	
Stempel der einsendenden Praxis		

## Analysedaten und gewünschter DNA-Nachweis von 11 Markerkeimen

Bitte vermerken entsprechende Nummer nach FDI-Schema auf dem Etikett des Mikroreaktionsgefäßes.



Datum der Probenentnahme \_\_\_\_\_

Maximale Taschentiefe \_\_\_\_\_ mm

1-Stellen- oder Poolprobe	2-Stellen-Probe	3-Stellen-Probe	4-Stellen-Probe
<p>bis</p>			
<input type="checkbox"/> 65,00 €	<input type="checkbox"/> 99,00 €	<input type="checkbox"/> 129,00 €	<input type="checkbox"/> 155,00 €

### Patienteninformationen

Patient:in ist Raucher:in  nein  ja  
 Antibiotika-Überempfindlichkeit  nein  ja, gegen \_\_\_\_\_  
 Zusätzliche Bemerkungen \_\_\_\_\_

### Material infektiös

nein  
 ja: \_\_\_\_\_

### Zahlungsinformationen

Mein Zahnarzt hat mich über die Kosten aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass kein grundsätzlicher Erstattungsanspruch an die Krankenkasse besteht.

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