

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

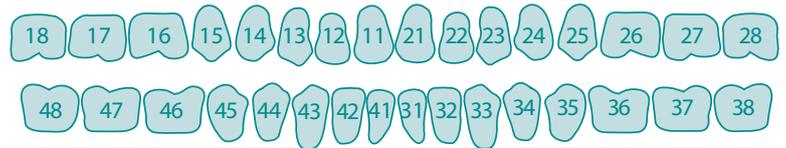
Sasbacher Straße 10
79111 Freiburg
Telefon +49 (0) 761 120360 oder +49 (0) 761 7699690
Telefax +49 (0) 761 1203615
E-Mail info@labor-laaff.de
Website www.labor-laaff.de

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"/> Befund eilt!
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 _____