Name, Vorname des Patienten

geb. am

Alter _____

oder Patienten-Nummer

Geschl. ☐ m ☐ w

Labor Dr.Bauermeister & Co.
Postfach 10 11 72 • 47401 Moers
☎0800 5223722 (kostenfrei)

Einsender

Stempel und Unterschrift

Entnahmedatum: _____

Befundübermittlung

Das Befundblatt mit Therapieempfehlungen erhalten Sie als Farbausdruck per Post. Falls gewünscht, erhalten Sie **zusätzlich** eine **Vorabinformation** per:

☐ **FAX:** _____

☐ **Telefon:** _____

☐ **e-Mail:** _____

Laborauftrag Parodontitis

Bitte gewünschte Untersuchungsart ankreuzen!

☐ Übersichtsuntersuchung:

Bitte geben Sie alle Proben (Papierspitzen) in einen Behälter

☐ **in Kombination mit dem immuno-genetischen Risikoscreening**

Zahn	Fläche	Zahn	Fläche	Zahn	Fläche
Zahn	Fläche	Zahn	Fläche		

☐ **Candida Untersuchung** ☐ **MMP-8 (mit Flüssigkeit gefüllter Behälter)**

☐ Taschenspezifische Untersuchung:

Sie können bei dieser Technik Proben aus bis zu vier Zahnfleischtaschen entnehmen. Jede Probe muss in einen separaten Behälter platziert werden. Bitte tragen Sie ein, aus welcher Zahnfleischtasche die entsprechende Probe stammt.

Farbe des Transportröhrchens	Zahn	Fläche
rot		
blau		
grün		
gelb		

Informationen zum Patienten

Indikation für die Untersuchung

☐ aggressive Parodontitis (lokalis./generalis.)

☐ chronische Parodontitis (lokalis./generalis.)

☐ progrediente Parodontitis (trotz Therapie)

☐ Parodontitis bei systemischen Erkrankungen:

☐ Periimplantitis _____

Zeitpunkt der Untersuchung

☐ vor Parodontalbehandlung (subgingivales Scaling/Chirurgie)

☐ nach Parodontalbehandlung, während Erhaltungstherapie

Wurde innerhalb der letzten 3 Monate eine systemische oder lokale Antibiotika-Therapie durchgeführt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, mit welchem Präparat?

_____

Name, Vorname des Patienten

geb. am

Alter _____

oder Patienten-Nummer

Geschl. ☐ m ☐ w

Labor Dr.Bauermeister & Co.
Postfach 10 11 72 • 47401 Moers
☎0800 5223722 (kostenfrei)

Einsender

Stempel und Unterschrift

Entnahmedatum: _____

Befundübermittlung

Das Befundblatt mit Therapieempfehlungen erhalten Sie als Farbausdruck per Post. Falls gewünscht, erhalten Sie **zusätzlich** eine **Vorabinformation** per:

☐ **FAX:** _____

☐ **Telefon:** _____

☐ **e-Mail:** _____

Laborauftrag Parodontitis

Bitte gewünschte Untersuchungsart ankreuzen!

☐ Übersichtsuntersuchung:

Bitte geben Sie alle Proben (Papierspitzen) in einen Behälter

☐ **in Kombination mit dem immuno-genetischen Risikoscreening**

Zahn	Fläche	Zahn	Fläche	Zahn	Fläche
Zahn	Fläche	Zahn	Fläche		

☐ **Candida Untersuchung** ☐ **MMP-8 (mit Flüssigkeit gefüllter Behälter)**

☐ Taschenspezifische Untersuchung:

Sie können bei dieser Technik Proben aus bis zu vier Zahnfleischtaschen entnehmen. Jede Probe muss in einen separaten Behälter platziert werden. Bitte tragen Sie ein, aus welcher Zahnfleischtasche die entsprechende Probe stammt.

Farbe des Transportröhrchens	Zahn	Fläche
rot		
blau		
grün		
gelb		

Informationen zum Patienten

Indikation für die Untersuchung

☐ aggressive Parodontitis (lokalis./generalis.)

☐ chronische Parodontitis (lokalis./generalis.)

☐ progrediente Parodontitis (trotz Therapie)

☐ Parodontitis bei systemischen Erkrankungen:

☐ Periimplantitis _____

Zeitpunkt der Untersuchung

☐ vor Parodontalbehandlung (subgingivales Scaling/Chirurgie)

☐ nach Parodontalbehandlung, während Erhaltungstherapie

Wurde innerhalb der letzten 3 Monate eine systemische oder lokale Antibiotika-Therapie durchgeführt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, mit welchem Präparat?

_____