

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Belegtyp 11

- Männlich     Weiblich  
 Fax             Telefon  
 Befundkopie an Patient  
 Nachanforderung

Barcode hier kleben!



Fall-Nr. / Ref.-Nr.

Abnahmedatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Abnahmezeit

--	--	--	--	--	--	--	--

- Rechnung an Patient/-in                       Rechnung an Praxis

Klinische Angaben	Weitere Angaben
<input type="checkbox"/> leichte PA <input type="checkbox"/> mittelschwere PA <input type="checkbox"/> fortgeschrittene PA <input type="checkbox"/> refraktäre PA <input type="checkbox"/> periimplantär <input type="checkbox"/> lokalisierte PA <input type="checkbox"/> generalisierte PA <input type="checkbox"/> Raucher	<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Antibiotikagabe <input type="checkbox"/> mit Befundkommentar <input type="checkbox"/> mit verkürztem Befundkommentar <input type="checkbox"/> ohne Befundkommentar
	Diagnose(n):  Weitere Anforderungen:  Unterschrift des Veranlassers / ggf. Stempel

### Entnahmestelle(n)

- |                               |               |               |    |
|-------------------------------|---------------|---------------|----|
| <input type="checkbox"/> rot  | Zahn/ Stelle: | Taschentiefe: | mm |
| <input type="checkbox"/> blau | Zahn/ Stelle: | Taschentiefe: | mm |
| <input type="checkbox"/> grün | Zahn/ Stelle: | Taschentiefe: | mm |
| <input type="checkbox"/> gelb | Zahn/ Stelle: | Taschentiefe: | mm |

### Untersuchung(en)

- Pool-Test** (siehe Rückseite)
- Risikoallel Interleukin-1 (Einverständniserklärung zwingend erforderlich)** 29,15 €  
 (Schleimhautabstrich/Blut)



0051 0011 00