

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Anschrift des Versicherten

geb. am

Diagnose / Verdacht

Geschlecht Entnahmedatum Entnahmezeit

T T M M J J h h m m

Weitere Anforderungen

Patienteneinwilligung für genetische Analysen

Bei den mit **I** gekennzeichneten Analysen muss **diese** Patienteneinwilligung durch den Patienten unterschrieben sein.

Ich wurde gemäß den Erfordernissen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung ausreichend aufgeklärt. Ich willige in die Untersuchung und die dafür erforderliche Probenentnahme ein. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen und von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann.

T T M M J J


Datum Unterschrift Patient / Patientin

Zahnmedizin Selbstzahler



0069 0879 00

Für privatversicherte Patienten verwenden Sie bitte den gesonderten Anforderungsschein

 Bitte markieren Sie die Felder mit einem schwarzen oder blauen Strich!

Die Rechnungslegung erfolgt an den Patienten

Barcode-Etikett einkleben, wenn vorhanden

Stempel / Unterschrift des Überweisers

Auftragserteilung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung und Liquidation der gekennzeichneten Laboranalysen zu den angegebenen Kostensätzen (GOÄ). Die Liquidation erfolgt durch das Labor.

T T M M J J

Datum Unterschrift Patient / Patientin

Bei Minderjährigen ist der Name eines Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich!

Preisänderungen sind vorbehalten!

Typ IV-Allergie	24h	€	Typ I-Allergie	€	Materialbelastung (Speichel)	€	Entzündung	€
Lymphozytentransformationstest (LTT)			Basophilenaktivitätstest (BAT) 24h H		Legierungsmetalle		<input type="checkbox"/> CRP – hoch sensitiv 24h S	11,66
<input type="checkbox"/> LTT-Metalle 2x H + S	222,63		<input type="checkbox"/> Nativmaterialtestung		Aluminium, Antimon, Barium, Cadmium, Cer, Chrom, Gallium, Gold, Iridium, Indium, Kobalt, Kupfer, Mangan, Molybdän, Nickel, Palladium, Platin, Quecksilber, Silber, Strontium, Titan, Vanadium, Zink, Zirkon, Zinn		<input type="checkbox"/> TNF-α 24h S	17,48
<input type="checkbox"/> LTT-Kunststoffe 2x H + S	222,63		Anzahl: _____ (bitte unseitig ankreuzen)		<input type="checkbox"/> Morgenspeichel Sp	104,92	<input type="checkbox"/> Multisystemerkrankung 24h S, 2H	180,67
<input type="checkbox"/> LTT-Kombi-Profil (Dental-Check) 2x H + S	156,19		Wenn mitgesandte Materialien, bitte hier eintragen:		<input type="checkbox"/> Kaugummispeichel Sp	104,92	<input type="checkbox"/> MCAS Mastzellaktivität 24h S, H, U	93,83
<input type="checkbox"/> LTT-Goldlegierungen 2x H + S	189,41		1. _____ 41,96 52,45		<input type="checkbox"/> kombinierter Speichel Sp	104,92	Mikronährstoffversorgung	
<input type="checkbox"/> LTT-Amalgam 2x H + S	122,97		2. _____ 60,61 81,59		<input type="checkbox"/> Kunststoffprofil (Morgen- oder Basalspeichel) 24h Sp	132,88	<input type="checkbox"/> Zahnanerung 2H, Sz	268,11
<input type="checkbox"/> LTT-Wurzelfüllmaterial 2x H + S	222,63		3. _____ 79,26 110,73		<input type="checkbox"/> Einzelanalyse _____ je Metall Sp	23,90	<input type="checkbox"/> Mineralstoffe 11+6 Ca, Cr, Cu, K, Mg, Mn, Mo, Na, P, Se, Zn + Al, As, Cd, Hg, Ni, Pb	81,03
<input type="checkbox"/> LTT-Titanlegierungen 2x H + S	89,75		4. _____ 97,91 139,87		<input type="checkbox"/> _____ je Acrylat Sp	53,62	<input type="checkbox"/> freies 25(OH)-Vitamin D S	29,14
<input type="checkbox"/> LTT-Keramik / Zemente 2x H + S	222,63		5. _____ +H 116,56 169,01		Antioxidative Schutzfaktoren		<input type="checkbox"/> 25(OH)-Vitamin D S	18,65
<input type="checkbox"/> LTT-Einzelallergene (z.B. Nickel, Gold, MMA o.a.)			<input type="checkbox"/> Materialien bitte zurücksenden		<input type="checkbox"/> Glutathion intrazellulär 24h H	91,50	<input type="checkbox"/> 1,25(OH)-Vitamin D 24h S	43,72
<input type="checkbox"/> LTT-Nativmaterial / Medikamente 2x H + S			<input type="checkbox"/> Einzelallergene (z.B. MMA, BISGMA o.a.)		<input type="checkbox"/> Thiol-Status 24h Sz	29,14	<input type="checkbox"/> uc Osteocalcin (ucOC) S	29,14
			<input type="checkbox"/> Acrylat-Profil (BAT) 24h H	97,91	<input type="checkbox"/> Coenzym Q10 (Ubichinon) S	33,22	<input type="checkbox"/> Vit. B1, B2, B6 - bioaktiv 24h S, E	99,66
			<input type="checkbox"/> MMA, HEMA, TEGDMA, BISGMA		<input type="checkbox"/> α-Liponsäure 24h S	53,62	<input type="checkbox"/> Fettsäuren (Erythrozytenmembran) E	60,33
			<input type="checkbox"/> Preis je Anzahl (s. Nativmaterial unten)		<input type="checkbox"/> GST M1/T1/P1 ! E	174,86	Darmschleimhaut / Mikrobiom	
			Parodontitis / Periimplantitis		Endodontie		<input type="checkbox"/> Check-up Darm Entzündung 2ST	170,75
			<input type="checkbox"/> 11 Markerkeime, Poolprobe ZA	87,45	<input type="checkbox"/> Mercaptane / Thioether 24h H	79,27	<input type="checkbox"/> Check-up Darm Plus 2ST	315,33
			<input type="checkbox"/> Calprotectin Poolprobe PISF	29,14	<input type="checkbox"/> RANTES S	29,14		
			<input type="checkbox"/> Calprotectin Einzelanalysen PISF	29,14	<input type="checkbox"/> TNF-α Genotyp (G-308A) ! E	99,09		
			Anzahl der Zähne _____ je Analyse		Schleimhautimmunität			
			Abnahmeset's für Markerkeime und Calprotectin bitte im Labor unter 030 77001-220 anfordern		<input type="checkbox"/> MBL-Serumspiegel S	29,14		
			<input type="checkbox"/> Entzündungsgrad ! E oder M	186,51	<input type="checkbox"/> IgA gesamt S	8,74		
			IL-1, IL-1RN, TNF-α-Genotyp		<input type="checkbox"/> Granulozytenfunktion 24h H	33,22		
			<input type="checkbox"/> Entzündungsmodulation ! E oder M	174,85				
			IL-6, IL-10					
			<input type="checkbox"/> Vitamin-D3-Rezeptor ! E oder M	116,57				
			(VDR, taq)					
			<input type="checkbox"/> TNF-α Hemmtest mit 6 Aromaölen	129,38				
			Lemongras, Zitronenöl, Lavendel, Rosmarin, Thymian, Manuka					
			Titan-Unverträglichkeit					
			<input type="checkbox"/> Titan-Stimulationstest 24h H	55,96				
			IL-1β / TNF-α nach Titanoxid-Stimulation					
			Blutnahmedatum bitte unbedingt oben eintragen!					
			<input type="checkbox"/> Entzündungsgrad ! E oder M	186,51				
			IL-1, IL-1RN, TNF-α-Genotyp					

Material: S = Serum, Sz = Serum zentrifugiert und in Neutralröhrchen überführt, H = Heparinblut (9 ml), E = EDTA-Blut, ZA = Zahntaschenabstrich, M = Mundschleimhautabstrich, PISF = Periimplant Sulcus Fluid, Sp = Speichel, ST = Stuhl, U = Urin ! = Genetik / Einwilligungserklärung / Abnahmematerial bitte anfordern unter Tel. 030 - 77001-220; Fax: -236, E-Mail: LTT@imd-berlin.de

24h = Probeneingang im Labor 24 h nach Entnahme! Bundesweiter Kurierdienst, Tel. 030 - 77001-450.

FA2800 V07 - 01/2024

Folgende Werkstoffe sind für Nativmaterialtestungen im Labor vorrätig!

Wenn diese verwendet werden sollen, bitten wir Sie, die Materialien auf dieser Seite **deutlich** anzukreuzen. Hier nicht aufgeführte Nativmaterialien können nur dann getestet werden, wenn von ihnen eine Materialprobe zusammen mit dem Blut ins Labor eingesandt wird. Die Bezeichnungen mitgesandter Materialproben vermerken Sie bitte unter der jeweiligen Untersuchung auf der Vorderseite (LTT – Spalte 1 unten, Basophilenaktivierungstest – Spalte 2).

Basis-/Gerüst-Füllungsmaterialien/ Dentinadhäsive	LTT BAT	Zemente/Kleber	LTT BAT	Endodontie	LTT BAT
		Aqua Cem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AH 26	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Admira Fusion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aqua Meron	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AH 26 silberfrei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
apt composite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Calibra CERAM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AH Plus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Calcimol Basis+Catalysator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Calibra UNIVERSAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Apexit Plus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dycal Dentin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Durelon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aptal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dyract Capsules	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	els cem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Calxyl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
els composite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Freegenol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Endomethasone	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Filtek Supreme XTE Body Spritze	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fuji Cem 2 SL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Guttapercha (Rohguttapercha)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Grandio flow Spritzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fuji I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Guttapercha Autofit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ketac Bond	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fuji IX	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Guttapercha Roeko	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ketac Fill Plus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fuji Plus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ledermix Dentalpaste	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ketac Molar Aplicap	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Harvard Cement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MTA Zement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Miris 2 Dentinmasse Shade 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hoffmann's Cement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sonstige	LTT BAT
Rebilda DC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ketac Cem Aplicap	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zirkonoxid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tetric Evo Ceram Cavifil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ketac Cem Maxi Cup	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Erkodur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tetric Evo Flow Spritze	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ketac Cem easymix	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Antibiotika	LTT BAT
Venus Diamond Spritze	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ketac Cem Plus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Amoxicillin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Venus Diamond PLT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ketac Cem Radiopaque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ampicillin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Crea.lign	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Multilink Automix	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cefuroxim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Palapress	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PANAVIA 21 TC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ciprofloxacin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Palapress vario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Panavia F 2.0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Clarythromycin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PalaXPress	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PANAVIA SA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Clindamycin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adhese Universal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Panavia V5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Doxycyclin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
apt unibond	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rely X Luting	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Metronidazol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Clearfil SE Bond	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RelyX Ultimate	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Penicillin V	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
cmf bond	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RelyX Unicem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anästhetika/Medikamente	LTT BAT
cmf etch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RelyX Unicem Maxicap	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lidocain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
cmf prime	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temp Bond	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ubistesin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
cmf prime + bond	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temp Bond NE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ultracain D-S forte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
els duobond	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temp-Bond Clear	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ultracain ohne Adrenalin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
els unibond	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temposil 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aspirin/Acetylsalicylsäure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Excite F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Variolink Esthetic DC light	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diclofenac	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Futurabond DC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Variolink Esthetic LC light	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ibuprofen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Futurabond NR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Knochenersatzmaterial	LTT BAT	Metamizol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i Bond universal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bio Gide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Paracetamol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Optibond FL Primer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bio Oss	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Prime + Bond XP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cerabone Plus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Prime + Bond NT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cerasorb Foam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Scotchbond™ Universal Adhäsiv	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cerasorb M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Syntac Primer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Maxgraft	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Syntac Adhesive	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Maxresorb	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		Symbios Algipore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



0069 0897 00