

Parodontitis DNA Test (PDT)

Praktijkgegevens

Klantnummer

Aanvrager

Postcode Huisnr.

Plaats

Telefoon

e-mail

Fase van behandeling

- Voor initiële behandeling
 Na initiële behandeling
 In de nazorg na alleen initiële behandeling
 Anders:

Antibioticum-overgevoeligheid

- Ja Nee

Welke:

Patiëntgegevens

Patiëntnummer

Geboortjaar

Datum bemonstering

Eerder getest? Zo ja, testnummer

Klinische diagnose

- Chronische parodontitis
 Lokale agressieve parodontitis
 Gegeneraliseerde agressieve parodontitis
 Refractaire parodontitis
 Peri-implantitis
 Anders:

Medische anamnese

Roken

- Nee
Nooit
- Nee
>1 jaar
- Nee
0-1 jaar
- Ja
<10 sigaretten
- Ja
≥10 sigaretten

Monsterplaatsen

	1	2	3	4
Lokatie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vlak	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaque index	0 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	0 geen plaque 1 plaque op sonde 2 zichtbare plaque			
Pocketdiepte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aanhechtingsverlies	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bloeding na sonderen	0 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	0 geen bloeding 1 puntbloeding 2 gewone of heftige bloeding			
Pus (+/-)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bijzonderheden (röntgenbeeld)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>