

Mundgesundheitsstatus zur Anwendung OraFusion Speichel-Test von BeVigilant.

Sehr geehrte Patienten,

zur Unterstützung der **Vorsorge und Früherkennung von Mundhöhlenkrebs** empfehlen wir Ihnen die Anwendung des **OraFusion Speichel-Tests von BeVigilant** mittels Biomarker p16 und EGFR Auswertung.

Zur optimalen Auswertung der Ergebnisse bitten wir Sie, die Fragen zu Ihrer Mundgesundheit anhand des **Fragebogens auf der Rückseite** korrekt zu beantworten.

Bitte verzichten sie vor dem Test mindestens eine Stunde auf Speisen, Getränke sowie Kaffee und Zigaretten. Bitte tragen Sie vor dem Test auch keine Lippenpflege auf.

Der Test und das Ergebnis dienen der Einschätzung Ihrer Mundgesundheit und Unterstützung der Motivation zur Optimierung Ihres Lifestyles, um Risiken der Erkrankungen in der Mundhöhle zu reduzieren. Das Ergebnis trifft keine definitive Aussage zum Vorhandensein einer bestehenden Erkrankung.

Die Kosten der Testung stehen nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse.

Bitte bestätigen Sie uns mit Ihrer Unterschrift, dass Sie nach eingehender Beratung vor der Testung mit der Präventions-Maßnahme einverstanden sind und die Auswertung der Ergebnisse verstanden haben.

Vielen Dank.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsjahr: _____ Geschlecht: _____

Praxisstempel

Datum/Unterschrift (Patient)



Mundgesundheitsstatus zur Anwendung OraFusion Speichel-Test von BeVigilant.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Ich bin hier zum PZR-Recall			EBV (Pfeiffersches Drüsenfieber)		
Gab/ gibt es orale Tumore in der Familie			Corona-Virus		
Eigene Tumore in der Vergangenheit			Corona-Impfung		
Raucher: mehr als 10 Zigaretten tgl.			HSV-1 (Herpes-simplex-Virus 1)		
Raucher: mehr als 20 Zigaretten tgl.			HSV-2 (Herpes-simplex-Virus 2)		
Alkoholkonsum mehr als 3x pro Woche			HIV		
Parodontitis			Hepatitis A`B`C`D`E		
Periimplantitis			Diabetes Typ 1/ Typ 2		
Xerostomie (Mundtrockenheit)			Prä-Diabetes (HbA1c > 6,5)		
HPV			Bruxismus		
HPV-Impfung			Wangen-saugen		
			Lippen-kauen		
			Nägel-kauen		

Festgestellte, sichtbare Veränderungen. (Auszufüllen durch Praxispersonal)

aktuelle sichtbare Veränderung an:	Ja	Nein	aktuelle sichtbare Veränderung an:	Ja	Nein
Ober-Lippe			oberes Vestibulum		
Unter-Lippe			unteres Vestibulum		
Zunge			Wangenbereich links Q2/3		
Zungengrund			Wangenbereich rechts Q1/4		
Gaumen					

Test-ID: _____ Datum Test: _____ Test-Ergebnis: _____

Recall-Empfehlung _____

Datum/Unterschrift (Zahnarzt) _____

Datum/Unterschrift (Dentalhygienikerin) _____

