

# Ärztliche Leistungen nach Stich- und Schnittverletzungen mit Infektionsgefahr (HBV, HCV, HIV)

Name, Vorname des/der Versicherten (verletzte Person):	Geburtsdatum:
--	---------------

Unfallbetrieb (Name, Anschrift, Telefonnummer):
---

**Folgende Leistungen wurden erbracht:**

**Zutreffendes bitte ankreuzen: ☒**

<b>Erstuntersuchung der verletzten Person/ Datum:</b>	<input type="checkbox"/>
Ermittlung des Immunstatus, Beratung, Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Blutabnahme mit Bestimmung von:	<input type="checkbox"/>
<b>Anti-HCV</b>	<input type="checkbox"/>
<b>HIV-Screeningtest</b>	<input type="checkbox"/>
Die verletzte Person war nicht ausreichend immunisiert ⇒ Anti-HBc, Anti-HBs	<input type="checkbox"/>

<b>Eine postexpositionelle Prophylaxe war erforderlich:</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>
<b>HBV</b>	unsicherer HBV-Immunschutz bei der verletzten Person → <b>aktive Immunisierung mit einer Impfdosis (Hepatitis B)</b>	<input type="checkbox"/>
	fehlender Immunschutz bei der verletzten Person: Anti-HBs nie ≥100 und aktuell <10 IU/L und konkret erhöhtes HBV-Infektionsrisiko (HBV-infektiöse oder unbekanntes Indexperson) → <b>aktive Immunisierung, eine HB-Impfdosis</b> → <b>und passive Immunisierung (HB-Immunglobulingabe)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>HIV</b>	Es bestand ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko und die medikamentöse HIV-PEP war nach den deutsch-österreichischen Empfehlungen indiziert → <b>medikamentöse HIV-Postexpositionsprophylaxe</b>	<input type="checkbox"/>

<b>Nachuntersuchungen der verletzten Person:</b>		
<b>nach 6 Wochen</b>	<b>Anti-HCV</b>	<input type="checkbox"/>
	Es bestand ein konkret erhöhtes HCV-Infektionsrisiko ⇒ HCV-NAT	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV-Screeningtest</b> (bei HIV-PEP erst nach 10 Wochen)	<input type="checkbox"/>
	Anti-HBs-Kontrolle nach postexpositioneller HBV-Boosterimpfung	<input type="checkbox"/>
	Der/die Versicherte war nicht ausreichend immunisiert ⇒ HBsAg / Anti-HBc	<input type="checkbox"/>
<b>nach 12 Wochen</b>	<b>Anti-HCV</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV-Screeningtest</b>	<input type="checkbox"/>
	Der/die Versicherte war nicht ausreichend immunisiert ⇒ Anti-HBc/Anti-HBs	<input type="checkbox"/>
<b>nach 6 Monaten</b>	<b>Anti-HCV</b>	<input type="checkbox"/>
	Der/die Versicherte war nicht ausreichend immunisiert ⇒ Anti-HBc / Anti-HBs	<input type="checkbox"/>

**Infolge der Stich-/Schnittverletzung vom**

**bestehen:**

**keine** Hinweise auf eine Infektion (HBV/HCV/HIV)

Hinweise auf eine Infektion: Welche Infektion?: HBV  HCV  HIV

BK- Meldung erfolgt /  Weiterleitung zum Facharzt erfolgt

**Datum/ Name, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes**