

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer

Quartal

Geschlecht

Abnahmedatum      Abnahmezeit

**Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an**      Telefon Nr. \_\_\_\_\_      Fax Nr. \_\_\_\_\_

**Nach den gesetzl. Vorgaben dürfen nur die unten aufgeführten Untersuchungen im Rahmen einer Nadelstichverletzung angefordert werden. Andere Untersuchungen sind in diesem Kontext nicht erstattungsfähig!**

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

## Nadelstichverletzungen

**Wichtig!! Folgeuntersuchung:**     nach 6 Wochen     nach 12 Wochen     nach 26 Wochen

UK - Nadelstichverletzung	BG - Nadelstichverletzung	Indexpatient
<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung Verletzter S - Falls Verletzter <b>Hep. B geimpft</b> - Hep C-Ak, HIV-Ak	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung Verletzter S - Falls Verletzter Hep. B geimpft - Hep. C-Ak, HIV-Ak	<input type="checkbox"/> Indexpatient, sofort S - Hbs-Ag, Hbc-Ak, Hep. C-Ak, HIV-Ak
<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung Verletzter S - Falls Verletzter <b>nicht</b> Hep. B geimpft - Hbs-Ak, Hbc-Ak, Hep. C-Ak, HIV-Ak	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung Verletzter S - Falls Verletzter <b>nicht</b> Hep. B geimpft - Hbs-Ak, Hbc-Ak, Hep. C-Ak, HIV-Ak	
<input type="checkbox"/> Folgeuntersuchung Verletzter S - Hep C-Ak, HIV-Ak	<input type="checkbox"/> Folgeuntersuchung Verletzter S - geimpft - Hep. C-Ak, HIV-Ak	
	<input type="checkbox"/> Folgeuntersuchung Verletzter S - <b>nicht</b> geimpft - Hbs-Ak, Hbc-Ak, Hep. C-Ak, HIV-Ak	
	<input type="checkbox"/> Zusatzuntersuchung Verletzter E - Falls Indexpatient Hep. C positiv - Hepatitis-PCR <input type="checkbox"/> nach 2 Wochen <input type="checkbox"/> nach 6 Wochen	

0069 0089 02