

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum



IMD Institut für Medizinische Diagnostik Berlin-Potsdam GbR
IMD Berlin MVZ

Nicolaistraße 22, 12247 Berlin (Steglitz)
Tel +49 30 77001-322, Fax -332



akkreditiert durch DAkkS nach DIN EN ISO 15189

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Quartal

!! MUSTER – nicht zur Anforderung verwenden !!
Bitte bestellen Sie als Praxis diese Scheine in unserem Labor.

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 Hep. B geimpft - 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 nicht Hep. B geimpft - Hbs-Ak, Hbc-Ak, Hep. C-Ak, HIV-Ak	<input type="checkbox"/>	Erstuntersuchung Verletzter S - Falls Verletzter nicht 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 - nicht 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