

Patient(in) (im Laborauftrag erfassen)

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht (weiblich, männlich, divers)

MVZ Labor Dr. Limbach HEIDELBERG
MVZ Labor Dr. Limbach und Kollegen GbR
Im Breitspiel 16 | 69126 Heidelberg
Tel.: +49 6221 3432-300 | info@labor-limbach.de
Fax: +49 6221 3432-110 | www.labor-limbach.de

Indexpatient (nicht im Laborauftrag erfassen)

Name, Vorname

Auftrags-Nr.

Empty box for Auftrags-Nr.

Berufsgenossenschaft

zuständige BG

Einsender: Station, Einsendernummer

Proben-Daten: Material, Entnahmedatum

Schein-Bestell-Nr. (bitte bei Bestellung angeben)

0036 0106 06, Barcode, Stand: 30.04.2020

Eilt checkbox, barcode

Entnahmezeit

Empty box for Arzt-Unterschrift

Klinische Angaben / ICD 10 Code: Z.n. Nadelstichverletzung

Arzt-Unterschrift

Anforderungsschein BG-Fälle (ambulant)

Für Hepatitis B geimpfte Personen

Bitte ankreuzen:

- s 40580 (HIV AK, HCV AK)
s HCV AK
Erstuntersuchung (direkt nach Verletzung/Kontakt)
Kontrolluntersuchung nach 3 Monaten
Kontrolluntersuchung nach 6 Wochen
Kontrolluntersuchung nach 6 Monaten

Für nicht Hepatitis B geimpfte Personen

Bitte ankreuzen:

- s 40583 (HIV AK, HCV AK, anti-HBs, anti-HBc)
s 40584 (HCV AK, anti-HBS, anti-HBc)
Erstuntersuchung (direkt nach Verletzung/Kontakt)
Kontrolluntersuchung nach 6 Monaten
Kontrolluntersuchung nach 6 Wochen

- s 40580 (HIV AK, HCV AK)
Kontrolluntersuchung nach 12 Wochen

Für Personen mit unklarer Immunitätslage

Bitte ankreuzen:

- Berufsanfänger
Impfverweigerer
Impfung > 5 Jahre zurück mit schlechtem Titer
kein Aufbau von Antikörpern trotz Impfung

Bitte ankreuzen:

- s 40583 (HIV AK, HCV AK, anti-HBs, anti-HBc)
s 40584 (HCV AK, anti-HBS, anti-HBc)
Erstuntersuchung (direkt nach Verletzung/Kontakt)
Kontrolluntersuchung nach 6 Monaten
Kontrolluntersuchung nach 6 Wochen

- s 40580 (HIV AK, HCV AK)
Kontrolluntersuchung nach 12 Wochen

Zusatzuntersuchungen bei Bedarf

Bitte ankreuzen:

- EB Hepatitis C Virus RNA (qualitativ)
zur Frühdiagnostik nach 2 Wochen
nach 6 Wochen zur Bestätigung einer negativen Erstuntersuchung
Hinweis: Nur bei nachweislichem Kontakt mit sicher Hepatitis-C positiven Blut

- s Hepatitis D Virus AK
Hinweis: Nur nach Kontakt mit Hepatitis-B positivem Blut

Ort, Datum, Unterschrift

EB = 4 ml EDTA-Blut; S = 1 ml Serum

Serum, EDTA, Citrat, Heparin, Urin, EILT, EILT, EILT

Dieser Beleg wird maschinell gelesen! Bitte mit schwarzem Stift so markieren:

Name: Name: Name: Name: Name: