

Bayerische Landesunfallkasse

-Entschädigung-
Ungererstraße 71
80805 München

Angaben zum Beschäftigten/Verletzten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Arbeitgeber: _____

Beschäftigt als: _____

Unfalldatum: _____

Angabe zum Indexpatienten („Spender“)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Station/Abteilung: _____

HCV-AK-Test (+Datum): _____ HIV-AK-Test (+Datum): _____

Status des Indexpatienten, falls Verletzter keinen ausreichenden Hepatitis-B-Impfschutz besitzt:

Anti-Hbc-AK-Test (+Datum): _____ Hbs-Antigen (+Datum): _____

Mit einer Blutentnahme als Indexpatient zur Überprüfung auf mögliche Infektiosität bezüglich Hepatitis C und HIV (ggf. Hepatitis B) bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift Patient

Mit der Übermittlung und Speicherung meiner persönlichen Daten und der infektionsserologischen Befunde an die Landesunfallkasse bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift Patient