


# Unfallmeldung Stichverletzung

Bitte sorgfältig ausfüllen und an die  
Unfallkasse Rheinland-Pfalz senden (Fax oder Post)  
Unfallkasse Rheinland-Pfalz  
Orensteinstr. 10; 56626 Andernach

Fax: 02632/960-311

## Angaben zur meldenden Person *(falls abweichend zur verunfallten Person)*

Name, Vorname	Einrichtung (Klinik / Abteilung / Institut / Schule)	Telefon 
---------------	--	--

## Angaben zur verunfallten Person

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> im Klinikum beschäftigt (Angestellter / Arbeiter) --> <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Schüler / Azubi <input type="checkbox"/> Student / Hospitant / Praktikant / Famulant /PJ
Beruf /Tätigkeit	
Einrichtung (Klinik / Abteilung / Institut / Schule)	
telefonisch erreichbar unter (dienstlich / privat)	

## Angaben zum Unfall

Unfalltag (Datum)	Uhrzeit	Unfallort (wo genau: Abteilung, Gebäude, Etage, Raum, Ortsbezeichnung)
Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit: <input type="checkbox"/> 0 bis 3 Tage <input type="checkbox"/> mehr als 3 Tage <input type="checkbox"/> noch nicht absehbar		
Schilderung des Unfallgeschehens - Ablauf; Ursache; evtl. beteiligter Gegenstand; Art der Verletzung; ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		
Datum	Unterschrift	

**Wichtig! Informationen bei Stich- u. Schnittverletzung. Informationen bei Stich- u. Schnittverletzung. Wichtig!**  
 Falls eine Stich- oder Schnittverletzung vorliegt, benötigen wir zusätzliche Informationen zum unfallauslösenden Gegenstand. Bitte nutzen Sie deshalb zusätzlich nachstehenden Vordruck. Dies ist eine wichtige Hilfe zur Prävention!

Bitte geben Sie die offizielle, an der Verpackung angegebene Bezeichnung des Instrumentes an.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren Sicherheitstechnischen bzw. betriebsärztlichen Dienst.

# Dokumentation einer Nadelstichverletzung (NSV)

<input type="checkbox"/> Blutentnahme Kanüle	<input type="checkbox"/> Perfusionsbesteck Butterfly	<input type="checkbox"/> Blutentnahme Lanzette	<input type="checkbox"/> Skalpell / Klinge	<input type="checkbox"/> Venenverweilkanüle
<input type="checkbox"/> Kanüle/Spritze zur Injektion	<input type="checkbox"/> Port-Nadel	<input type="checkbox"/> OP-Besteck	<input type="checkbox"/> Insulin/ Fra-xiparin/Clexane Spritze	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Ereignete sich die NSV an einem „sicheren Instrument“? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>				
Untersuchungszeitpunkt:	<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> 2 - 6 Wochen	<input type="checkbox"/> 3 Monate	<input type="checkbox"/> 6 Monate

## Durchgeführte Labortests

Beschäftigter („Empfänger“)

Befund:

Datum:

<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> anti-HBc:		
<input type="checkbox"/> anti-HBs:		
<input type="checkbox"/> anti-HCV:		
<input type="checkbox"/> anti-HIV:		
<input type="checkbox"/> HCV-PCR:		
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

## Durchgeführte Labortests

(Index-)Patient („Spender“)

Befund:

Datum:

<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> HbsAg:		
<input type="checkbox"/> anti-HCV:		
<input type="checkbox"/> anti-HIV:		
<input type="checkbox"/> HCV-PCR:		

## Beurteilung bzw. weitere Maßnahmen beim Beschäftigten

<input type="checkbox"/> Nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> aktive Impfung Hepatitis B	<input type="checkbox"/> passive Impfung Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Tiefrieren beider Seren
Nächste Vorstellung: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> am:			
<input type="checkbox"/> informiert, dass ein HIV-Test nur mit Einverständnis des Patienten erfolgen darf			erledigt/mitgeteilt am:
Datum:		Unterschrift:	

Kopien an: