



Hepatitis B Impferfolgskontrolle

Untersuchung auf Immunität gegen Hepatitis B

Betrieb (Dienstgeber)	Impfstoff senden an (z.B. Hausarzt)
Betriebsnummer:	

Bitte nur Personen anführen, deren Unfallversicherung nach dem ASVG durchgeführt wird.

FAMILIENNAME

Vers.-Nr. Geburtsdatum

	Tag	Monat	Jahr
--	-----	-------	------

Vorname

Geschlecht weiblich männlich

Tätigkeit

Geimpft ja nein Wenn ja, wie oft

Datum der letzten Impfung

Datum der letzten Impferfolgskontrolle

Datum der Blutabnahme

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Labor Kosten für Untersuchungen, die nicht nach den Richtlinien der AUVA durchgeführt werden, dem Dienstgeber in Rechnung stellen kann.

Unterschrift

Vom Labor auszufüllen	
HBs-Antikörper _____ ImE/ml	Beurteilung
	<input type="checkbox"/> Sofortige Impfung erforderlich
	<input type="checkbox"/> Derzeit geschützt, Impftermin
	<input type="checkbox"/> Einmalige Untersuchung in einem Jahr ab Blutabnahme-Datum
	<input type="checkbox"/> Untersuchung in 10 Jahren ab Impfdatum
	Nächster Impftermin bzw. Untersuchung _____
_____ Stempel, Unterschrift des Gutachters	