

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Datum:	Ärztin/Arzt:
Kenn-Nr. (Projekt)	
(Code-)Name:	(Code)Vorname:
Telefonnummer:	Geburtsdatum:

HEPATITISIMPFUNG

Serologie:

Anti-HAV gesamt oder IgG:

positiv negativ

Anti-HAV-IgM (nur akuter Hepatitis):

positiv negativ

(auf dem Laborzettel: Hepatitis A ankreuzen!)

Anti-HBc:

positiv negativ

Anti-HBs:

quant. _____ IU/L negativ

HBsAg:

positiv negativ

falls HBsAg positiv,

HBeAg:

positiv negativ

HBV DNA (PCR)

positiv quant. _____ IU/mL negativ

Immunität vorhanden?

Hepatitis A

ja nein

Hepatitis B

ja* nein

*ja auch dann ankreuzen, wenn Anti-HBc positiv, aber HBs Ag oder Anti-HBs negativ sind

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Impfung sinnvoll?

Hepatitis A

ja

nein

Hepatitis B

ja

nein

Titerkontrolle Hepatitis B am: _____

Anti-HBs: _____ IU/L

Impfzusweis aushändigen! Chargenkleber einkleben!

Bei verkürztem Impfschema Titerkontrolle und ggf. Boosterimpfung nach einem Jahr.

über die geplanten Impfung(en) und möglichen Risiken ist eine Aufklärung erfolgt

Impfschema: 0 - 7 - 21 Tage (möglichst NICHT kürzer, länger ist vorzuziehen, falls umsetzbar)

TERMINE (auch im Kalender eintragen)		
Datum	Erstkontakt Blutabnahme für Serologie	
Soll	Ist	
Datum	Datum	1. Impfung (A oder B oder AB) plus 7 Tage
Datum	Datum	2. Impfung (A oder B oder AB) plus 14 Tage
Datum	Datum	3. Impfung (B) plus 6 Wochen
Datum	Datum	Blutabnahme für Titerkontrolle (nur für Hepatitis B)

Falls Titer NICHT ausreichend (unter 100 IU/ml): Boosterimpfung und ggf. erneute Titerkontrolle nach 6 Wochen.

Abrechnung Serologie / Impfung

über Krankenversicherung

über das Projekt (bei Personen ohne Krankenversicherung oder ohne Anbindung an eine ärztliche Versorgung)