

Absender (Dienstgeber)	Untersuchung auf Immunität gegen Hepatitis B (Impferfolgskontrolle)										
Betriebsnummer	Impfstoff senden an (z.B. Hausarzt)										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											

Familienname ¹⁾ _____

SV-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname _____

Geschlecht weiblich männlich

Tätigkeit _____

Geimpft ja Wenn ja, wie oft _____ nein

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="radio"/> Sofortige Impfung erforderlich <input type="radio"/> Derzeit geschützt, Impftermin <input type="radio"/> Einmalige Untersuchung in einem Jahr ab Blutabnahmedatum <input type="radio"/> Untersuchung in 10 Jahren ab Impfdatum
_____ (Stempel, Unterschrift des Gutachters)		Nächste Impfung bzw. Untersuchung _____	

¹⁾ Bitte nur Personen anführen, deren Unfallversicherung nach dem ASVG durchgeführt wird.