

X													
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

**Einverständniserklärung zur Blutuntersuchung der Indexperson bei
Nadelstichverletzungen (immer in doppelter Ausführung!)**

Hiermit erkläre ich, _____, geboren am ____/____/_____,
mein Einverständnis zu einer Blutentnahme und Untersuchung meines Blutes nach einer
Nadelstichverletzung, die am ____/____/_____ um _____Uhr stattgefunden hat.

Die Untersuchung dient dazu, das Infektionsrisiko der exponierten Person zu beurteilen und
die Übertragung von relevanten Infektionskrankheiten wie **HIV, Hepatitis B** und **Hepatitis
C** auszuschließen.

Mir wurden folgende Punkte erläutert und ich habe sie verstanden:

1. Die Blutentnahme ist **freiwillig**.
2. Die Ergebnisse der Blutuntersuchung werden streng vertraulich behandelt und
ausschließlich der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt mitgeteilt.
3. Die Ergebnisse werden der exponierten Person nur in anonymisierter Form mitgeteilt,
um meine Identität zu schützen.
4. Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu
widerrufen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über den Zweck und die Durchführung der
Blutuntersuchung aufgeklärt wurde und hiermit meine freiwillige Einwilligung erteile.

Angaben zur Indexperson:

- **Name:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Wohnhaft in (Straße und Wohnort):**

- **Telefonnummer:** _____

Unterschriften:

- **Indexperson:** _____
Datum/Unterschrift
- **Aufklärende Person (z.B. Arzt/Ärztin):**

Name und Titel der aufklärenden Person

Datum/Unterschrift der aufklärenden Person