

Stich-/Schnittverletzung Unfallmeldung der Betriebsärztlichen Dienststelle

→ an die Betriebsärztliche Dienststelle (BÄD), Fax: 6670

Kontakt mit (potentiell) infektiösem Material hat stattgefunden ja nein

- Dieser Bogen wurde von der verunfallten Person selbst ausgefüllt.
- Dieser Bogen wurde im Rahmen einer telefonischen / persönlichen Nachbefragung zur Ergänzung fehlender Angaben ausgefüllt von _____ am _____.

Angaben zur verunfallten Person (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel	Vorname	Name
Geburtsdatum		Geschlecht (m/w/d)
Beruf / Tätigkeit	Berufserfahrung	Seit wann in der Klinik?
Einrichtung (Klinik / Abteilung / Institut / Schule / Lehranstalt etc.)		
Telefon dienstlich	Telefon privat	Telefon mobil
E-Mail-Adresse dienstlich		E-Mail-Adresse privat

Angaben zum Unfallhergang

Datum des Ereignisses	Uhrzeit des Ereignisses	Wie lange haben Sie vor dem Unfall bereits gearbeitet (Stunden)?
Fach / Abteilung / Klinik etc.	Art des Unfallortes (OP/ Intensiv- oder Normalstation / Labor etc.)	
Kontaminationsart <input type="checkbox"/> Stechen <input type="checkbox"/> Schneiden <input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Verschlucken <input type="checkbox"/> Beißen <input type="checkbox"/> Kratzen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Verletzung durch <input type="checkbox"/> Hohnadel <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____	Verletzte(s) Körperteil(e) inkl. Seitenangabe
Genauere Schilderung des Unfallhergangs (bei Bedarf bitte auf der Rückseite weiterschreiben) <input type="checkbox"/> Zeitdruck <input type="checkbox"/> Ablenkung durch Umgebungsfaktoren <input type="checkbox"/> Störung durch andere Personen <input type="checkbox"/> Unerwartete Bewegung des Patienten / der Patientin <input type="checkbox"/> Arbeitsumfeld: technische und organisatorische Mängel, räumliche Beengtheit <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Überlastung <input type="checkbox"/> mangelnde Schulung / Kenntnis der Anwendung <input type="checkbox"/> Sonstiges		

- Schutzhandschuhe getragen? ja nein
- Schutzbrille getragen? ja nein
- Herkunft des (potentiell) infektiösen Materials bekannt? ja nein
- Vorstellung inkl. Verlaufskontrolle bei D-Arzt erfolgt? ja nein

Mainz, den _____

(Unterschrift)