

Hepatitis-B-Virus- Infektionskontrolle

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Abteilung für Unfallverhütung und
Berufskrankheitenbekämpfung
Verrechnungsstelle
Adalbert-Stifter-Straße 65
1200 Wien

**Bitte verwenden Sie dieses Formular nur nach
Rücksprache mit der AUVA.**

Telefon: +43 5 93 93-20771, 20772
Fax: +43 5 93 93-20773
E-Mail: HUB-Verrechnung@auva.at

Angaben zur Arbeitsstätte

Arbeitsstättennummer oder Betriebsnummer:

Name der Arbeitsstätte:

Kontaktperson:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Angaben zur Empfängerin/zum Empfänger

Name:

Abgabestelle:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Angaben zur Person *(nur für Personen deren Unfallversicherung nach dem ASVG durchgeführt wird)*

Familienname

Vorname

VSNR *(10-stellig)*

Genauere Tätigkeitsbezeichnung

Angaben zum Impfverlauf

Anzahl durchgeführter
Impfungen:

Datum der Grundimmunisierung:

Datum der letzten Auffrischung:

1.)

2.)

3.)

Angaben zum Laborbefund

Vom Labor auszufüllen:

Datum der Blutabnahme:

HBc-Antikörper: positiv negativ

HBs-Antigen: positiv negativ

Beurteilung: Impfung empfohlen ärztliche Abklärung empfohlen

.....
Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters