

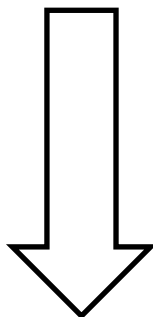
Merkblatt Unfallanzeige

Wann muss ich einen Unfall melden?

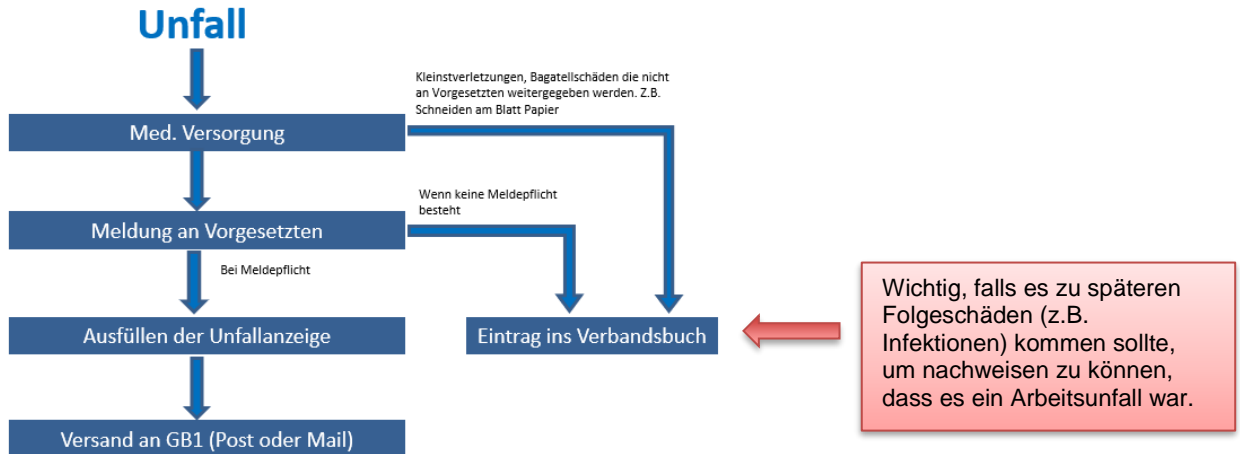
- Wenn Sie aufgrund der Unfallfolgen **3 Tage und länger** krankgeschrieben sind
ODER wenn mindestens eine der folgenden Aussagen zutrifft:
- Wenn es sich um einen Wegeunfall handelt (Weg von und zur Arbeit)
- Wenn eine dritte Person Schuld/Mitschuld an dem Unfall trägt oder zu Schaden gekommen ist
- Wenn es sich um eine Nadelstichverletzung handelt.
→ **Achtung! Bitte Sonderformular am Ende beachten und nicht die normale Meldung ausfüllen!**
- Wenn Ansteckungsgefahr gegeben ist (z.B. bei Verletzung durch kontaminierten Gegenstand)
- Wenn ein Sachschaden entstanden ist, der von der Unfallkasse reguliert wird (alle privaten Gegenstände, ohne die, die Arbeit nicht ausgeführt werden kann, werden ersetzt. Hierzu zählen z.B. Brillen, Hörgeräte, Orthopädische Hilfsmittel, etc.)
- Wenn Folgeschäden zu erwarten sind

Warum muss ich einen Unfall melden?

Gemäß § 193 SGB VII ist der Arbeitgeber verpflichtet, einen Unfall mit einer Frist von **3 Kalendertagen** zu melden.



Wie melde ich einen Unfall?



- ➔ Bitte füllen Sie schnellstmöglich die Unfallanzeige auf der nächsten Seite aus und schicken sie per Post oder Mail an untenstehende Adresse
- ➔ Wenn die verunfallte Person nicht am Arbeitsplatz ist, füllt bitte der/die Vorgesetzte die Unfallanzeige aus, mit allen Daten die bekannt sind (fehlende Informationen können bei Bedarf durch den/die Verunfallte(n) nachgereicht werden)
- ➔ **Die medizinische Versorgung muss durch einen D-Arzt erfolgen (im Klinikum: Chirurgie/Orthopädie). Die Erstversorgung kann auch anderweitig erfolgen, wenn es eine nähergelegene Praxis gibt.**

Wohin schicke ich die Unfallanzeige?

Per E-Mail an: Arbeitsunfall.GB1@med.uni-heidelberg.de

oder per Post an:

Universitätsklinikum Heidelberg
GB1/Stabsstelle Betriebliches Gesundheitsmanagement
Frau Profit oder Vertretung
Berliner Str.49
69120 Heidelberg

Nadelstichverletzungen direkt an den Betriebsärztlichen Dienst: Betriebsarzt@med.uni-heidelberg.de
Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg

Bei Fragen sind wir auch telefonisch unter 56-38969 erreichbar.

**Nur für Klinikums- und Universitätsangehörige!
Merkblatt**

NADELSTICH - / SCHNITTVERLETZUNG (NST)

Unfallmeldung zeitnah an Betriebsärztlichen Dienst schicken

1. Blutfluss fördern: Druck auf umliegendes Gewebe u. Auspressen der Wunde (> 1 Minute)

2. Desinfektion der Wunde

Haut: Antiseptikum mit Ethanolgehalt > 80 Vol.% z.B. Sterillium
 Mundhöhle: Mund-Antiseptikum Lösung z.B. Betaisodona
 Auge: Augenspülen mit Augendusche 0.9% NaCl / Wasser

**Evtl. Stichkanal spreizen um Wirkung des Mittels in der Tiefe zu erleichtern.
 Tupfer mit viruzidem Antiseptikum satt benetzen. Verletzung (> 10 Min.) feucht halten!**

3. Sofortige Blutentnahme beim Verletzten und Spender: 1x braunes Serumröhrchen an Betriebsärztlichen Dienst (wochentags 8-15:30 Uhr) od. Chirurgische Ambulanz (außerhalb der Öffnungszeiten des BÄD):

Screening Spender/Indexperson

Zeitpunkt -Screening	HBV	HCV	HIV
Sofort nach NST	Nur wenn Verletzter ohne sicheren HBV Immunschutz <ul style="list-style-type: none"> • HbsAG • Anti-Hbc 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti HCV • Falls positiv → HCV NAT (=PCR) 	<ul style="list-style-type: none"> • HIV-Screening Test 4.Gen • Falls positiv → HIV-NAT → HIV-PEP für Verletzten abklären*

* **Bei HIV-Kontamination des Verletzten sofortige Kontaktaufnahme mit der Immunologischen Ambulanz der Hautklinik!**

wochentags 7:30 Uhr bis 15:00 Uhr

Tel. 06221 56 - **8590**
(Zentrales Patientenmanagement)

17:00 Uhr -7:45 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen

Tel. 06221 56 - **38520**
(Dienstarzt)

ansonsten Pforte Hautklinik

Tel. 06221 56 - **4002**
(Ambulanzzarzt verlangen)

Screening Verletzter

Zeitpunkt-Screening	HBV	HCV	HIV
Sofort nach NST	<p>Keine Maßnahmen erforderlich bei bekanntem sicheren HBV Immunschutz</p> <p>Wenn HBV-Impfstatus nicht ausreichend oder unbekannt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti - Hbc • Anti - Hbs • Ggf. postexpositionelle Maßnahmen* 	Anti HCV	HIV-Screening Test 4.Gen
Nach 6 Wochen	<p>Nach erfolgter Booster-Impfung bei der ersten Untersuchung → Anti-Hbs</p> <p>Wenn Anti-Hbs >100 → keine weiteren Kontrollen</p> <p>Nur bei unsicherer Immunität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti - Hbc • HBs - AG 	<p>Anti HCV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei HCV infektiöser oder unbekannter Indexperson → HCV NAT 	<p>HIV-Screening Test 4.Gen</p> <p>Bei HIV-PEP nach 10 Wochen</p>
Nach 12 Wochen	<p>Nur bei unsicherer Immunität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti - Hbc • Anti - Hbs 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti HCV 	<p>HIV-Screening Test 4.Gen</p> <p>Bei HIV-PEP nach 16 Wochen</p>
Nach 6 Monaten	<p>Nur bei unsicherer Immunität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti - Hbc • Anti - Hbs 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti HCV 	<p>Entfällt nach 2.negativen HIV-Screening Test</p>

*Postexpositionelle Maßnahmen bei HBV

Aktueller Anti-HBs-Wert		Hepatitis B Impfung	HB-Immunglobulin
Grundimmunisierung (3-malige Impfung) und Anti-HBs > 100 IE/l (nicht älter als 10 Jahre)		Keine Maßnahmen/Titer erforderlich	
Anti-HBs >100 IE/l älter als 10 Jahre		Anti-HBs Titer erforderlich	
Anti-HBs: 10-99 IE/l		ja	Nein
<10IE/l od. nicht innerhalb von 48 h zu bestimmen	Anti-Hbs war schon >100IE/l	Ja	Nein
	Anti-Hbs noch nie > 100IE/l	ja	ja

Universitätsklinikum Heidelberg

Betriebsärztlicher Dienst

Unfallmeldung

Tel. 06221 56- 8972

Fax 06221 56- 5734

Betriebsarzt / Unfallkasse / Personalrat

Nadelstich- und Schnittverletzung bzw. Kontamination mit Blut oder Ausscheidungen von Patienten

Station/Einsender

oberer Teil an: Betriebsarzt, UKBW/UKH, Personalrat

Verletzter	Name, Vorname:	
	Geb.-Datum:	Telefon privat:
	Wohnort (PLZ):	Straße:
	Tätigkeit:	Telefon dienstlich:
	Dienststelle:	
	Letzte Impfung gegen HBV erfolgte <input type="checkbox"/> Ja, wann? _____ <input type="checkbox"/> Nein	
	Ergebnis letzter anti-HBs-Titer: Wann bestimmt? _____ Titer : _____ IU/l	
	Vorstellung erfolgte am: _____ um: _____ Uhr <input type="checkbox"/> BÄD <input type="checkbox"/> Chir. Amb. <input type="checkbox"/> Sonst.	
	Blut wurde für Virologie / Analysezentrum abgenommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Unfallort:	Unfalltag:	Uhrzeit:
Verletzung mit K= Konventionelles Nadelsystem S= Safety / Sicherheitsnadelsystem		
Gegenstand		Tätigkeitsbereich
K S	K S	K S
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Venenverweilkanüle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sc. Injektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chirurg. Instrumente <input type="checkbox"/> Glas / Plastik
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Butterflystem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i.m. Injektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stapler <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kanüle / Hohnadel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chirurg. Nadel (Naht)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lanzette	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abwurfbehälter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zahnärztl. Material
<input type="checkbox"/> Kontamination einer Wunde	<input type="checkbox"/> Spritzer in Mund / Nase	<input type="checkbox"/> Spritzer in Augen
<input type="checkbox"/> Nagelfalzverletzung	<input type="checkbox"/> Hautverletzung	<input type="checkbox"/> Intakte Haut <input type="checkbox"/> Nicht intakte Haut
Handschuhe getragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mund-Nasen-Schutz getragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schutzbrille getragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Unfallhergang:		
Kontaminationsmaterial: <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Gefahrstoffe/Chemikalien <input type="checkbox"/> Sonstiges		

unterer Teil nur an Betriebsarzt u. UKBW/UKH

'Spender' - Patient	Name/Vorname: <input type="checkbox"/> unbekannt	Hepatitis B bekannt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
	Geb.-Datum:	Hepatitis C bekannt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
	(Evtl. Pat.-Aufkleber)	HIV bekannt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
		HIV begründeter Verdacht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
	Blut wurde für Virologie / Analysezentrum abgenommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Maßnahme	HBV- Passivimpfung erfolgte: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht erforderlich
	HBV- Aktivimpfung erfolgte: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht erforderlich
	HIV- Prophylaxe wurde initiiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht erforderlich

X _____ X _____ X _____
 Ort Datum Unterschrift der/des Verletzten

Nadelstichverletzung / Kontakt zu mit potentiell infektiös kontaminiertem Material/Blut:

Verteiler: Betriebsarzt (Arbeitssicherheit), Unfallkasse, Mitarbeitervertretung,

Information zum Verletzten:

Geschlecht: m | f |

Alter: _____

Berufserfahrung:

abgeschlossene Ausbildung seit _____ Jahren **Berufsanfänger** = erstes Jahr (auch PJ)

Betriebszugehörigkeit seit _____ Jahren (nach Berufsabschluss)

in Ausbildung zur/zum: _____

erlernter Beruf:

Ärztin/Arzt | PJ | GKP/Krankenschwester/Pfleger | Arzthelferin/MFA | FSJ/BFD | Versorgungsassistent/in | Blutentnahmedienst | Pflegehelfer/-in | Praktikant/-in |

Reinigungs-/Hausdienst | MTA | MTRA | Laborant/in | sonstige _____ |

zum Unfallzeitpunkt ausgeübte Tätigkeit (Freitext)

Unfallhergang: kurze Schilderung des Unfallablaufs (Freitext)

Unfallzeitpunkt: *Tagdienst*

| *Spät-/Nachtdienst*

06 - 08 | 08 - 12 | 12 - 18 | 18 - 21 | 21 - 01 | 01 - 03 | 03 - 06 |

verstrichene Zeit seit Arbeitsbeginn (in Stunden):

0 - 4 | 4 - 8 | 8 - 12 | 12 - 16 | 16 - 24 | über 24h |

verstrichene Zeit seit letzter Ruhephase (in Stunden - z.B. nach dem Aufstehen):

0-4 | 4-8 | 8-12 | 12-16 | nach offiziellem Schichtende (Überstunden)

Verletzungsart:

NSV/Nadelstichverletzung | Schnittverletzung/Skalpell |

Blut(-spritzer) [kein eigenes Blut!] ... ins Auge / ... auf Schleimhaut / offene, wunde Hautstellen |

andere _____ | verletzender Gegenstand nicht bekannt |

Verletzungsort: Finger / Hand u-Arm / O-Arm / O-Schenkel / U-Schenkel (Wade) /

sonstiger : _____

Verletzungsinstrument (genaue Angabe)

'Nadelstiche': Sicheres System | konventionelles System | Skalpell |

andere _____ |

Wurde PSA getragen?

Handschuhe: nein | ja | einfach | doppelt | Mund-Nasen-Schutzgetragen: ja | nein |

Brille: keine | einfache | Schutzbrille |

Mögliche Unfallursachen: (Mehrfachnennung möglich):

Zeitdruck | Ablenkung durch Umgebungsfaktoren | Störung durch andere Personen |

unerwartete Bewegung des Patienten | andere _____ |

Arbeitsumfeld:

technische oder organisatorische Mängel | räumliche Beengtheit | Müdigkeit | Überlastung |

Mangelnde Schulung/Kenntnis der Anwendung |

selten verwendetes System (mangelnde Übung/Erfahrung)|

Verbesserungsvorschläge - Abhilfe könnte geschaffen werden durch folgende Maßnahmen:

Technisch: _____ (Materialvorschlag)

Organisatorisch: _____

Persönlich: _____ (persönl. Arbeitsschutz)

Sonstiges: _____