

**Stiftung  
„Humanitäre Hilfe“  
Postfach 20 05 54  
53177 Bonn**

**Bescheinigung der Einrichtung, in der das Blut/Blutprodukt verabreicht wurde**

1. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

hat am \_\_\_\_\_ /im \_\_\_\_\_ Blut/Blutprodukte erhalten.

2.  Es kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht ausgeschlossen werden, daß durch das Blut/Blutprodukt eine HIV-Infektion verursacht wurde.

oder

Es gibt Anhaltspunkte, daß das Blut/Blutprodukt die HIV-Infektion nicht verursacht hat

Begründung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name, Vorname des ausstellenden Arztes \_\_\_\_\_

Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

# Bescheinigung für Transfusionsgeschädigte

## 1. Infizierter

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

## 2. Antragsteller (falls abweichend zu 1)

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich habe Leistungen bei der Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen“ beantragt. Nach dem HIV-Hilfegesetz müssen **Personen, die als Transfusionsgeschädigte Leistungen beantragen, die umseitige ärztliche Bescheinigung vorweisen.**

Ich habe durch ärztliche Bescheinigung meine HIV-Infektion nachgewiesen und mache geltend, durch Blut oder Blutprodukte infiziert worden zu sein, die in Ihrer Einrichtung verabreicht wurden. **Sie werden auf umseitiger Bescheinigung um Bestätigung gebeten, ob und ggf. wann ich bzw. der Infizierte Blut oder Blutprodukte erhalten habe.**

Es wird darauf hingewiesen, daß Sie die Angaben in Ziffer 1 der Bescheinigung auszufüllen haben; die Angaben in Ziffer 2 sind fakultativ. Senden Sie diese Bescheinigung bitte direkt an die Stiftung.

Ich befreie Sie von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es sich um die Ausstellung der umseitigen Bescheinigung und etwaige Rückfragen bei der Stiftung handelt.

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)