Antragsteller:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ärztliche Bescheinigung für nicht - infizierte Antragsteller

Angaben zum Primärinfizierten

1. Name: _____ Vorname: _____

   Geb. Datum: _____ ggf. Sterbedatum: _____

2. Der Infizierte war Bluter ☐ Nichtbluter ☐
   Wenn der Infizierte Nichtbluter war, so ist eine Bescheinigung der Einrichtung, in der das Blut oder Blutprodukt verabreicht wurde, beizufügen.

3. Bei dem Infizierten wurde seit dem _____ eine HIV-Infektion diagnostiziert.

4. Kausalität

   ☐ Die HIV-Infektion des Infizierten wurde unmittelbar durch ein infiziertes Blutprodukt (auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland) verursacht.

   ☐ Der Infizierte hat sich (auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland) einer Behandlung unterzogen, in deren Verlauf ein Blutprodukt verwendet worden ist, das unmittelbar eine HIV-Infektion verursacht haben kann.

5. ☐ Der Infizierte wurde durch einen Dritten mit dem HIV infiziert.

Hinweis für den bescheinigenden Arzt!
Können zur Kausalität zwischen infiziertem Blut oder Blutprodukt und Infizierung/Erkrankung des Primärinfizierten keine Angaben gemacht werden, so darf diese Bescheinigung nicht ausgestellt werden.

Name, Vorname des ausstellenden Arztes _____

Anschrift / Anschrift des Krankenhauses _____

Tel.-Nr. _____ _____

_____ _____
Datum Unterschrift und Stempel

SO HuHi 009 7/95