

Die Bestellung der COVID-19 Antikörper **muss** mit diesem Formblatt erfolgen. Es **kann** zusätzlich ein ambulantes Arzneimittelrezept ausgestellt werden, das die Angaben zum Patienten, zur Art der Antikörper und zum Verordner ersetzt. Die patientenbezogene Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz obliegt dem applizierenden Arzt. Rückfragen zur Bestellung bitte an 0661 84 6431

Vom anfordernden Arzt auszufüllen

Name des anfordernden Arztes	
Anschrift Praxis/ Klinik	
Telefonnummer	
Falls zutreffend: <input type="checkbox"/> Abweichende Lieferadresse	
Bestellung für (Datum)	

Bestellung über monoklonale Antikörper zur COVID-19 Therapie

	Antikörper	Patientenname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/>	Casirivimab / Imdevimab 1200 mg/1200 mg InfFI ^{1), 2)}		
<input type="checkbox"/>	Sotrovimab 500 mg InfFI ¹⁾		
<input type="checkbox"/>	Tixagevimab / Cilgavimab 150 mg /150 mg InjFI ²⁾		

Es wird **pro Therapie** ein Betrag von **10,- Euro** (inkl. MwSt) in Rechnung gestellt. Die Organisation des Transportes obliegt dem anfordernden Arzt. Für Transportboxen und Kühlakkus, die von der Klinikapotheke gestellt werden, wird ein Pfand in Höhe von 20,- Euro (inkl. MwSt) erhoben. Die Abholung kann zu den Öffnungszeiten (Mo – Fr 08:00-16:00 Uhr und Sa 08:30-11:30 Uhr) erfolgen. **Außerhalb** dieser Zeiten ist eine **gebührenpflichtige** Abholung (**150 €**) nur über die Rufbereitschaft der Apotheke möglich (Kontakt über die Rufzentrale Tel. 0661 84 5001)

Eine Beratung zur Therapie kann über den diensthabenden Pneumologen (Rufzentrale 0661 84 5001) des Klinikums in Anspruch genommen werden.

Der anfordernde Arzt bestätigt, dass:

- ✓ ein individueller Heilversuch indiziert ist
- ✓ die Anwendung in der Verantwortung des behandelnden Arztes liegt
- ✓ die Therapie¹⁾ innerhalb von 5-7 Tage nach dem Auftreten von COVID-19 Symptomen begonnen wird oder die Indikation für eine Präexpositionsprophylaxe²⁾ besteht
- ✓ eine Patientenaufklärung erfolgt ist
- ✓ der Transport zur Abholung für die Abholadresse beauftragt wurde:

Klinikum Fulda gAG, Apotheke und Patienten-Beratungs-Zentrum, Pacelliallee 4, 36043 Fulda

		Bestellformular per FAX an 0661 84 6433
Datum	Unterschrift des anfordernden Arztes	

Von der Apotheke des Klinikums Fulda auszufüllen			
Eingang Bestellung am: _____ um: _____ Uhr			
Abgabe			
Anzahl	Antikörper	Chargennummer	Verfall
	Casirivimab / Imdevimab (Ronapreve®) 1200 mg/1200 mg InfFI		
	Sotrovimab (Xevudy®) 500 mg InfFI		
	Tixagevimab / Cilgavimab (Evusheld®) 150 mg /150 mg InjFI		
Abholung durch:			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; margin-top: 50px;"> <div style="width: 45%; text-align: center;">Name</div> <div style="width: 45%; text-align: center;">Unterschrift</div> </div>			
Rechnung erstellt am _____ von _____			
Rechnungsnummer:			

Die Dokumente zur Belieferung werden im Büro im Ordner „Abgabe COVID Arzneimittel“ abgeheftet.