



COVID-19 Therapie:

Anforderungsformular über zentral beschaffte monoklonale Antikörper

Ärztliche Anforderung über: <input type="checkbox"/> Casirivimab / Imdevimab 1200mg / 1200mg i.v. (Vials mit je 1332mg in 11,1ml; 120mg/ml) <input type="checkbox"/> Xevudy (Sotrovimab 500mg, 8ml Infusionskonzentrat) Dosierung pro Tag: Geplante Therapiedauer:	Anforderung per Fax an: 0631 203 1407 Nach telefonischer Kontaktaufnahme: 0631 203 81355
--	--

Die aktuelle Fachinformation in deutscher Fassung ist unter www.pei.de/coronavirus-biomedizinische-arzneimittel verfügbar. Bei Bedarf kann eine infektiologische Beratung wahrgenommen werden: infektiologie-beratung@unimedizin-mainz.de

Sowohl die Transportkosten als auch die Aufwandspauschale nach MAKV des BMG erlauben wir uns dem Empfänger in Rechnung zu stellen. Der Empfänger organisiert die Abholung der **Kühlware** mittels einer geeigneten Transportbox (z.B. Kühlbox mit Akku).

Hinweis laut BMG: „Ärztliche Personen oder Einrichtungen, die eine Behandlung mit den genannten Arzneimitteln durchführen, melden dem PEI jeweils zum dritten Werktag eines Monats die Anzahl der durchgeführten Behandlungen, Adresse: Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Straße 51 – 59, 63225 Langen, Telefax: +49 6103 77 1263, E-Mail: Cov2mab@pei.de.“

Datum / Unterschrift verordnende/r Ärztin/Arzt

Name verordnende/r Ärztin/Arzt in Druckbuchstaben

<p align="center">Auszufüllen von der abgebenden Satelliten-Apotheke:</p> Name des FAM: _____ Menge: _____ Stück Verfalldatum: _____ Chargenbezeichnung: _____ Abgebender Apotheker/in: _____ Name / Datum / Unterschrift	<p align="center">Auszufüllen vom Empfänger:</p> (Vor-)Name: _____ Adresse: _____ _____ Telefonnr: _____ Hiermit bestätige ich den Erhalt der Ware: ----- Name / Datum / Unterschrift
--	--

Erstellt H.Decker	Geprüft V Kessler	Freigabe V Kessler	Version 2.0	Revision
			Lfd. Nr. 2	Lfd. Nr.
Datum: 28.04.2021	Datum: 28.04.2021	Datum: 29.04.2021	Datum: 26.01.2022	Datum: