

Bestellung von im Auftrag des BMG zentral beschafften Antikörpern zur Behandlung von COVID-19.

Vom BMG benannte Krankenhausapotheke

Helios Klinikum Gifhorn Krankenhausapotheke Ltd. Apothekerin Andrea Siegert Campus 6 38518 Gifhorn Tel. 05371 / 87-1070 FAX 05371 / 87-1072	Dienstzeiten Montag – Freitag 7.15 – 16.00 Uhr Außerhalb der Dienstzeiten ist eine Apothekerin rufbereit über die Informationszentrale des Klinikums 05371 – 87-0
--	---

Ich bestelle für Patient/in

Name, Vorname:	
Geb.-Datum:	
Anschrift	

eine Therapie

- Casirivimab + Imdevimab (RegnCov-2)** oder
 Bamlanivimab + Etesevimab

<input type="checkbox"/> Ich veranlasse die Abholung in der Krankenhausapotheke und stelle den <u>lückenlos kühlen</u> Transport sicher. Heute, um _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Bitte schicken Sie mir ein Taxi. Dieses liefert in einer Kühlbox und bringt diese zurück in die Krankenhausapotheke. Die Transportkosten begleiche ich direkt gegenüber dem Taxiunternehmen.
---	---

- Bitte liefern Sie mir auch das notwendige Zubehör zum Selbstkostenpreis

Casirivimab + Imdevimab (RegnCov-2) Selbstkostenpreis 5,00 € <ul style="list-style-type: none"> • 2 10ml-Spitzen mit Kanülen • 1 Flasche NaCl 0,9% 250ml • 1 Inline-PES-Filter 0,2µm • 1 Infusionssystem • NaCl 0.9% 100ml zum Nachspülen des Infusionssystems. 	Bamlanivimab + Etesevimab Selbstkostenpreis 5,00 € <ul style="list-style-type: none"> • 1 20ml-Spritze + Kanüle • 1 50ml-Spritze + Kanüle • 1 Flasche NaCl 0,9% 250ml • 1 Inline-PES-Filter 0,2µm • 1 Infusionssystem • NaCl 0,9% 100ml zum Nachspülen des Infusionssystems
--	---

Mir ist bekannt, dass die benannte Krankenhausapotheke die Abgabe dokumentieren und dem BMG melden muss.

Ich selber kenne meine Erklärungs- und Dokumentationspflichten gegenüber dem BMG.

Die Krankenhausapotheke erhält gem. MAKV eine Aufwandsentschädigung von **40,- €**, die ich an die Rechnungsadresse überweise.

Verordnende/r Ärztin / Arzt

Name, Vorname:	
Praxis / Krankenhaus (Stempel)	
Telefon	

Datum

Unterschrift