


<p><b>Zentrale Einrichtung Apotheke</b></p> <p>Apothekenleiter Dr. rer. nat. Christoph Klaas</p>	<p align="center"><b>Bestellung der im Auftrag des BMG zentral beschafften Arzneimittel zur CoVID-19 Therapie</b></p>	
--	---	---

**Bestellungen täglich bis 11 Uhr**  
per Email an [ArzneimittelAnforderungenUKM@ukmuenster.de](mailto:ArzneimittelAnforderungenUKM@ukmuenster.de)  
oder per Fax an **0251-8340527**

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Bitte folgen Sie bei Ihrer Bestellung den unten aufgeführten Schritten

- Nur patientenbezogene und vollständig ausgefüllte Anforderungen werden bearbeitet
- Es werden nur unten angegebene Gebindegrößen abgegeben
- Die kostenlose Ware wird ausschließlich über die Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke nach Bestand an das Krankenhaus ausgegeben
- **Abholung durch die anfordernde Apotheke täglich um 12 Uhr** in der Apotheke des Universitätsklinikums Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A3
- Restmengen können für weitere Patienten genutzt werden

<p><b>Anfordernde Klinik (Stempel)</b></p>	<p><b>Patientenaufkleber der Klinik</b></p> <p><b>Name und Geburtsdatum geschwärzt</b> (Datenschutz) nur Fallnummer lesbar für spätere Dokumentation</p>
<p>Mit der Unterschrift bestätige ich den Einsatz im individuellen Heilversuch nach Aufklärung und Einwilligung der/des Patient/-in. Die ausführlichen Hinweise zu dem Arzneimittel auf der Internetseite des BfArM habe ich gelesen.</p>	<p><b>verordnende*r Ärztin/Arzt</b></p> <hr/> <p>Stempel oder lesbarer Name</p> <hr/> <p>Datum / Unterschrift</p>

**Ärztliche Verordnung über 1 Packung** (bitte eine Packung ankreuzen)

- |                          |                                  |                               |
|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Remdesivir Inj 100 mg            | 6 Durchstechflaschen (2-8°C)  |
| <input type="checkbox"/> | Remdesivir Inj 100 mg            | 11 Durchstechflaschen (2-8°C) |
| <input type="checkbox"/> | Hydroxychloroquinsulfat 200 mg   | 30 Filmtabl.                  |
| <input type="checkbox"/> | Chloroquinphosphat 250 mg        | 40 Filmtabl.                  |
| <input type="checkbox"/> | Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg | 40 Filmtabl.                  |

Wird von der **Krankenhausapotheke** bzw. öffentliche Versorgungsapotheke *ausgefüllt*

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

**Interne Vermerke der zentralen Verteilstelle (Apotheke UKM)**

Eingang Bestellung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .2020 um \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr

\_\_\_\_\_   
 Namenszeichen

fortlaufenden Nummer zur interne Verarbeitung: \_\_\_\_\_

Warenausgang:

- |                          |                                  |               |              |                         |
|--------------------------|----------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Remdesivir Inj 100 mg            | 6 ST (2-8°C)  | Ch: 020947-A | Verwendbar bis: 02/2021 |
| <input type="checkbox"/> | Remdesivir Inj 100 mg            | 11 ST (2-8°C) | Ch: 020947-A | Verwendbar bis: 02/2021 |
| <input type="checkbox"/> | Hydroxychloroquinsulfat 200 mg   | 30 Filmtabl.  | Ch: ORO73    | Verwendbar bis: 01/2023 |
| <input type="checkbox"/> | Chloroquinphosphat 250 mg        | 40 Filmtabl.  | Ch: KH 06738 | Verwendbar bis: 10/2023 |
| <input type="checkbox"/> | Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg | 40 Filmtabl.  | Ch: 1125683  | Verwendbar bis: 09/2023 |

Abgabe durch: \_\_\_\_\_   
 Datum / Namenszeichen

**Abholung** durch:

\_\_\_\_\_   
 Name in Klarschrift

\_\_\_\_\_   
 Unterschrift

## Bestellung für im Auftrag des BMG zentral beschafften Arzneimittel CoVID-19 Prozesskurzbeschreibung

### In der Klinik:

- Klinikarzt trifft klinisch-therapeutische Entscheidung unter Kenntnis der ausführlichen Hinweise zum Arzneimittel auf der Internetseite des BfArM
- Festlegung eines individuellen Heilversuchs mit **einem** Therapeutikum
- Aufklärung und Einwilligung des Patienten bzw. der Vertreter
- Anforderung an eigene Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke mit diesem Formular
- Patientenaufkleber und Klinikstempel aufbringen, Arzneimittel festlegen
- Verordnung und Bestätigung durch ärztliche Unterschrift
- Weitergabe an eigene Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke

### In der zuständigen Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke

- Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke führt Plausibilitätsprüfung durch
- Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke trägt eigene Daten in das Formular vollständig ein und klärt Transport zur Anlieferung
- Anforderung mit Formular bei zuständiger Krankenhausapotheke per Email [ArzneimittelAnforderungenUKM@ukmuenster.de](mailto:ArzneimittelAnforderungenUKM@ukmuenster.de) oder per Fax an 0251-8348830
- **Abholung in der Apotheke des UKM am Bestelltag um 12 Uhr** des Bestelltags!

### Krankenhausapotheke zur Verteilung der Arzneimittel im Auftrag des BMG

- Krankenhausapotheke gibt Arzneimittel an die bestellende Apotheke ab, **solange der Vorrat reicht**
- Krankenhausapotheke dokumentiert die Weitergabe
- Wichtige Informationen und Hinweise zum Gebrauch der Arzneimittel finden Sie auf den Seiten des BfArM:  
<https://www.bfarm.de/DE/service/Presse/Themendossiers/coronavirus/node.html>
- **Remdesivir:** 4 Dateien bei der Abgabe mitsenden bzw. per Email versenden

### In der zuständigen Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke

- Abgabe an Station

### Besondere Hinweise bzgl. Remdesivir in der behandelnden Klinik

- Behandler versendet Vertraulichkeitserklärung an [1@bmg.bund.de](mailto:1@bmg.bund.de)
- Meldung von NW an Gilead durch Behandler
- Dokumentation des Patientenverlaufs durch Behandler

Version 03 / Stand 26.05.2020