


Geschäftsbereich Apotheke Apothekenleiter Dr. rer. nat. Christoph Klaas	Bestellung der im Auftrag des BMG zentral beschafften Arzneimittel zur CoVID-19 Therapie - MAB	 Universitätsklinikum Münster
--	---	--

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Bitte folgen Sie bei Ihrer Bestellung den unten aufgeführten Schritten:

- Nur patientenbezogene und **vollständig ausgefüllte** Anforderungen werden bearbeitet
- **Bestellungen Mo-Fr bis 13 Uhr, samstags bis 10 Uhr**
- per Email an ArzneimittelAnforderungenUKM@ukmuenster.de oder per Fax an 0251-83 40527
- Krankenhäuser: ausschließlich über die Krankenhausapotheke
- Niedergelassene Arztpraxen: direkt an Apotheke UKM, zusätzlich gültiges Muster-16-Rezept
- **Abholung durch die anfordernde Apotheke/Arztpraxis Mo-Fr um 14 Uhr, samstags um 11 Uhr** in der Apotheke des Universitätsklinikums Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A3
- Aufwandspauschale (Vorgabe BMG) über 40€/Stück folgt per Rechnung
- Die MAK sind ohne deutschsprachige Label und kühlkettenpflichtig!

Anfordernde Klinik / Station / Arzt (Stempel mit vollständiger Adresse)	Patientenaufkleber <i>Name und Geburtsdatum geschwärzt</i> (Datenschutz) nur Fallnummer o.ä. lesbar für spätere Dokumentation
---	--

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Xevudy® (Sotrovimab) 500 mg |
| <input type="checkbox"/> Ronapreve® (Casirivimab und Imdevimab) 1200 mg/ 1200 mg |
| <input type="checkbox"/> Evusheld® (Tixagevimab und Cilgavimab) 150 mg/ 150 mg |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

Der Einsatz der monoklonalen Antikörper erfolgt indikationsgerecht. Die ausführlichen Hinweise zu dem Arzneimittel auf der Internetseite des BfArM/PEI habe ich gelesen. Die lückenlose Nachverfolgbarkeit des Arzneimittels (Chargendokumentation) wird gewährleistet.

verordnende*r Arzt/Ärztin:

lesbarer Name

Datum

Unterschrift

Wird von der **anfordernden Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke oder der niedergelassenen Arztpraxis** ausgefüllt

Name der Apotheke / der Arztpraxis: _____

Adresse: _____

Ansprechpartner: _____ Telefonnummer: _____

Mailadresse: _____

Eingang Bestellung am: ____ . ____ . 2022 um ____ : ____ Uhr _____ Namenszeichen

fortlaufenden Nummer zur internen Verarbeitung: _____

Abgabe	Wirkstoff(e)		Charge:	Verwendbar bis:
<input type="checkbox"/>	Sotrovimab 500 mg	Xevudy®		
<input type="checkbox"/>	Casirivimab 1200 mg Imdevimab 1200 mg	Ronapreve®		
<input type="checkbox"/>	Tixagevimab 150 mg Cilgavimab 150 mg	Evusheld®		

Abgabe am _____ Datum durch: _____ Unterschrift Apotheker*in

Abholung durch:

Name in Klarschrift

Unterschrift

Zusätzliche Informationen

- Verordnung und klinisch-therapeutische Entscheidung durch Arzt/Ärztin
- Bestätigung durch ärztliche Unterschrift
- Sämtliche Informationen zu den vom BMG bereitgestellten monoklonalen Antikörpern finden Sie hier:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Therapie/Arzneimittel_Tab.html
- Bei Bedarf Beratung durch Infektiologie, z.B. Beratungsnetzwerk des STAKOB
- **Niedergelassene Ärzte:** Anforderung direkt an UKM Apotheke senden
- Kühlkettenpflicht bei Abholung der MAKs beachten
- Gewährleistung einer lückenlosen Nachverfolgbarkeit der Arzneimittel durch Behandler
- UKM Krankenhausapotheke gibt Arzneimittel ab, solange der Vorrat reicht.
- Es gelten die Vorgaben der Verordnung zur Vergütung der Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern (Monoklonale-Antikörper-Verordnung – MAKV).

Version 13 / Stand 28.04.2022