



## CoVID-19 Therapie

### Bestellformular für im Auftrag des BMG zentral beschaffte monoklonale Antikörper

**Bestellung per Mail an**  
[arzneimittelbestellung@uk-essen.de](mailto:arzneimittelbestellung@uk-essen.de)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bitte folgen Sie bei Ihrer Bestellung den unten aufgeführten Schritten. Weitergehende Informationen zum Bestellverfahren finden Sie auf Seite 2 des dreiseitigen Bestellformulars.

- Nur patientenbezogene und vollständig ausgefüllte Anforderungen werden bearbeitet –
- **Pro Patient wird nur 1 Vial ( bzw. 1 Vial je Wirkstoff bei Kombination) abgegeben!**
- Die kostenlose Ware wird **ausschließlich über die Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke** nach Bestand an das Krankenhaus ausgeliefert
- **Abholung durch die anfordernde Apotheke werktäglich bis 14:30 Uhr - Samstag und Sonntag um 12:30 Uhr** in der Krankenhausapotheke des Universitätsklinikum Essen

**Wird von/vom verordnenden Arzt/Ärztin ausgefüllt:**

Anfordernde Klinik (Stempel)

Patientenaufkleber der Klinik

**Name und Geburtsdatum geschwärzt**  
(Datenschutz!) nur Fallnummer lesbar für spätere Dokumentation

**Ärztliche Verordnung über 1 Stück (Packung)**

- Bamlanivimab 700 mg 1 ST (1 Vial)
- Casirivimab / Imdevimab 120 mg 1 ST  
(bestehend aus 2 Vials)

Es wurde Rücksprache mit der Infektiologie gehalten (z.B. Beratungsnetzwerk des STAKOB). Der Einsatz erfolgt indikationsgerecht.

.....  
Name des/r Gesprächspartners/in

.....  
Datum der Beratung

**verordnende\*r Ärztin/Arzt**

.....  
Stempel oder lesbarer Name

.....  
Datum / Unterschrift



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

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

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

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

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

**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
- Beratung durch Infektiologie, z. B. Beratungsnetzwerk des STAKOB  
[https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Infektiologie\\_Berater\\_Netzwerk/IBN\\_node.html;jsessionid=FE5E4ECD0D2D21213F5DA46366DC71D9.internet072](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Infektiologie_Berater_Netzwerk/IBN_node.html;jsessionid=FE5E4ECD0D2D21213F5DA46366DC71D9.internet072)
- Patientenaufkleber und Klinikstempel aufbringen
- Verordnung und Bestätigung durch ärztliche Unterschrift
- Anforderung an eigene Krankenhausapotheke bzw. öffentliche Versorgungsapotheke mit diesem Formular (wie Sonderanforderung)

• **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 diesem Formular per Mail ([arzneimittelbestellung@uk-essen.de](mailto:arzneimittelbestellung@uk-essen.de))
- **Abholung in der Krankenhausapotheke des Universitätsklinikum Essen werktäglich bis 14:30 Uhr - Samstag und Sonntag um 12:30 Uhr**

• **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:

**WICHTIG: Besondere Hinweise für die behandelnde Klinik**

- Behandler versendet Verpflichtungserklärung an [1@bmg.bund.de](mailto:1@bmg.bund.de)
- Gewährleistung einer lückenlosen Nachverfolgbarkeit der Arzneimittel (Chargendokumentation)



**Interne Vermerke der zentralen Verteilstelle (Universitätsklinikum Essen)**

**Eingang Bestellung** am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2021 um \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_  
Datum / Namenszeichen

**Warenausgang:**

- Bamlavinimab 700 mg 1 ST (1 Vial) Charge: \_\_\_\_\_  
(ist zwingend zu dokumentieren)
- Casirivimab / Imdevimab 120 mg 1 ST (2 Vials) Charge: \_\_\_\_\_  
(ist zwingend zu dokumentieren)

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

**Abholung durch:** \_\_\_\_\_