



Checkliste Voraussetzungen zum Einsatz monoklonaler Antikörper gegen SARS-CoV-2

Patient: Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse: Wohnort: Erreichbarkeit (Telefon, Mobiltelefon):	Arztpraxis:
--	--------------------

Patient/Patientin ist Erwachsene(r) oder Kind ≥ 12 Jahre und ≥ 40 kg Körpergewicht	<input type="checkbox"/>
Keine Krankenhausbehandlung aufgrund COVID-19 Symptomatik notwendig	<input type="checkbox"/>
Patient benötigt <u>keine</u> Sauerstofftherapie aufgrund COVID-19 Erkrankung (bzw. <u>kein</u> zunehmender Sauerstoffbedarf bei chron. Sauerstofftherapie aufgrund präexistierender Komorbidität)	<input type="checkbox"/>
Positiver SARS-CoV-2-PCR-Test (max. 3 Tage alt)	<input type="checkbox"/>
Milde bis moderate Symptomatik (seit max. 10 Tagen bestehend)	<input type="checkbox"/>
Risikofaktor(en) für schweren Verlauf (Definition gemäß PEI):	
Alter ≥ 60 Jahre	<input type="checkbox"/>
Übergewicht (BMI > 30 kg/m ²) oder BMI (kg/m ²) ≥ 95 . Perzentile für Alter und Geschlecht (12 - 17 Jahre)	<input type="checkbox"/>
kardiovaskuläre Erkrankungen, einschließlich Hypertonie	<input type="checkbox"/>
chronische Lungenerkrankungen einschließlich Asthma	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ 1 und 2	<input type="checkbox"/>
chronische Nierenerkrankungen einschließlich Dialysepatienten	<input type="checkbox"/>
chronische Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression, basierend auf der Einschätzung des behandelnden Arztes, z.B. Tumorpatienten, Knochenmark- oder Organtransplantierte Patienten, Patienten mit Immunschwäche, HIV-Patienten, deren Erkrankung ungenügend kontrolliert ist, Patienten mit Sichelzellanämie oder Thalassämie und Patienten mit anhaltender Behandlung mit Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/>
Die „Informationen für Angehörige der medizinische Fachkreise“ des PEI habe ich zur Kenntnis genommen	<input type="checkbox"/>
Eine hausärztliche Patientenaufklärung ist erfolgt (Aufklärungsbogen bitte anfügen)	<input type="checkbox"/>



Checkliste Voraussetzungen zum Einsatz monoklonaler Antikörper gegen SARS-CoV-2

Besteht bei dem Patienten/ der Patientin der Verdacht auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Virusvariante (z.B. bei Kontakt zu einem bestätigten Fall mit SARS-CoV-2-Virusvariante oder Aufenthalt in einem Risikogebiet oder einem Gebiet in Deutschland mit vermehrtem Auftreten von Virusvarianten)?

ja

Variante _____ Verdacht nachgewiesen

nein

Bitte die **ausgefüllte Checkliste** zusammen mit dem **ausgefüllten hausärztlichen Aufklärungsbogen** sowie dem **positiven SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis** an die Praxis Doktores Löw faxen.

(09142-973976)

Unsere Rückmeldung erhalten Sie als Antwort-Fax. Bitte kontaktieren Sie im Anschluss den Patienten.

Sollten Sie keine Rückmeldung innerhalb von 2-3 h von uns erhalten, rufen Sie uns bitte unter Tel.: 09142-8624 an.

Datum

Name

Unterschrift