



Serum-Depot Deutschland e. V.

Herausgabe von Antiveninen

Das Formular bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Dr. med. Antonius Schwaaf
Geschäftsführer SDD e. V.

Fax: +49 2331 954415
Mail: gs@serumdepot.de

1.) Herausgebendes Depot: _____

Am _____ um _____ Uhr wurde folgendes Antivenin abgerufen:

Stück: ____ Einzeleinheiten, Chargennr. / MHD: _____ / _____

Stück: ____ Einzeleinheiten, Chargennr. / MHD: _____ / _____

Der Abruf erfolgte durch das Krankenhaus / die Apotheke:

Name: _____

Straße: _____

Land/PLZ/Ort: _____

Station: _____

Telefon: _____

2.) Vom Anfordernden auszufüllen:

Patientenaufkleber

lesbarer Klartextaufkleber

Ist kein lesbarer Klartextaufkleber verfügbar **oder** sind keine Adressangaben auf dem Aufkleber vorhanden, sind zwingend die Angaben rechts erforderlich.

Kostenträger DSGVO Konformitätserklärung gem. Art 6, Abs. 1, lit d) und f) zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Patientenname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Vers.-Nummer: _____

Hinweise: Während des gesamten Transports und der Lagerung ist eine geschlossene Kühlkette mit einer Temperatur zwischen +2 und + 8° C. zu gewährleisten !

Abgerufenes Antivenin wird binnen 14 Tagen nach der Auslieferung berechnet. Die Rücknahme nicht verbrauchten Antivenins erfolgt nur nach Absprache mit dem SDD und nur dann, wenn nicht verbrauchtes Antivenin innerhalb von 14 Tagen in unangebrochener Originalverpackung und nachweislich ordnungsgemäßer Lagerung und Transport kostenfrei im ausliefernden Depot eingetroffen ist.

Anforderer:

Name
(Druckbuchstaben) _____

Abteilung _____

Datum _____

Unterschrift _____

Depot:

Name
(Druckbuchstaben) _____

Abteilung _____

Datum _____

Unterschrift _____

Abholer:

Name
(Druckbuchstaben) _____

Organisation _____

Datum _____

Unterschrift _____