



Hiermit bestätige ich, dass

.....
Name des Abholenden

Für Arztpraxis/ Einrichtung.....

Ärztlicher Ansprechpartner.....

das nachfolgende Präparat in der Apotheke der Klinikum Oberlausitzer Bergland gGmbH in Empfang genommen hat.

Artikelbezeichnung	Charge	Verfall	Anzahl Originalpackungen
<input type="checkbox"/> Casirivimab und Imdevimab 120 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung			
<input type="checkbox"/> Bamlanivimab 100mg/ 20ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung			

Die ärztliche Anforderung liegt der Apotheke im Original vor.

Achtung:
Kühlkettenpflichtiges Arzneimittel – die anfordernde Einrichtung trägt die Verantwortung für den Transport und die Einhaltung der Transportbedingungen (Kühltransport bei 2-8°C), ein entsprechender Transportbehälter ist vom Abholenden mitzubringen.
Weitere Informationen und Therapiehinweise werden auf der Internetseite des PEI bzw. des RKI zur Verfügung gestellt und sofern erforderlich aktualisiert (www.rki.de/covid-19-arzneimittelbevorratung)

Folgende Dokumente werden zur Verfügung gestellt:

- in Kopie
- auf der Homepage der Klinikum Oberlausitzer Bergland gGmbH
- Anlage 1_Verpflichtungserklärung_ärztliche_Person_Anwendung mAK
- Zubereitungsanleitung Casirivimab Imdevimab
- Zubereitungsanleitung Bamlanivimab

.....
[Datum/ Unterschrift des Abholenden]

.....
[Datum/ Unterschrift des Abgebenden]

.....
Name des Abholenden/Logistikunternehmens

.....
Name des Abgebenden: