

# Anforderung von zentral hergestellten Arzneimitteln zur Versorgung von COVID-19 Patienten im Rahmen der BMG – ADKA Entlastungsaktion Midazolam i.v.

Name und Anschrift der anfordernden <u>Apotheke</u> (Krankenhaus- oder Krankenhausversorgende Apotheke)
---

Zur Sicherstellung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung bei COVID-19 Patienten werden Midazolam-Injektionsflaschen aus der BMG-ADKA Entlastungsaktion Midazolam i.v. bestellt. Die Bestellung erfolgt bei der folgenden herstellenden Apotheke: (Bitte markieren):

Midazolam 100 mg/50 ml	
	Apotheke des Universitätsklinikums (AöR) Dresden, Fetscherstraße 74, Haus 60 (Zugang über Tor Warenannahme, Pfothenhauer Straße), 01307 Dresden. Tel 0351/458-2330 Bestellfax 0351/458-4337 Email apotheke@uniklinikum-dresden.de
	Apotheke des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160 Haus 76 (Tor Warenannahme), 23538 Lübeck. Tel 0451/500-11801 Bestellfax 0451/500-11814 Email hans-gerd.strobel@uksh.de
	Apotheke Klinikum Nürnberg-Süd, Breslauer Straße 201, Anfahrt über Rosenberger Straße (Ver-/Entsorgung), 90471 Nürnberg. Tel 0911/398-2553 Bestellfax 0911/398-5430 Email matthias.horner@klinikum-nuernberg.de
	Apotheke des Universitätsklinikums Erlangen, Palmsanlage 3, 91054 Erlangen. Tel 09131/85-33592 Bestellfax 09131/85-39045 Email ap-leitung@uk-erlangen.de
	Apotheke der Universitätsmedizin Mainz, Langenbeckstraße 1, Gebäude 704/Warenannahme, 55131 Mainz. Tel 06131/17-4224 Bestellfax 06131/17-5564 Email arzneimittelausgabe-apo@unimedizin-mainz.de
	Apotheke des Universitätsklinikums Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf. Tel 0211/81-08827 Bestellfax 0211/81-015-08827 Email christina.westhoff@med.uni-duesseldorf.de
	Apotheke der Universitätsmedizin Rostock, Rembrandtstraße 17a, 18057 Rostock. Tel 0381/494-5621 Bestellfax 0381/494-5622 Email apotheke@med.uni-rostock.de
	Apotheke des Universitätsklinikums Halle, Ernst-Grube-Straße 40, 06120 Halle. Tel 0345/557-2274 Bestellfax 0345/557-3360 Email apotheke@uk-halle.de
Midazolam 250 mg/50 ml	
	Apotheke des Universitätsklinikums Essen, Hufelandstraße 55, 45147 Essen. Tel 0201/723-3290 Bestellfax 0201/723-4266 Email arzneimittelbestellung@uk-essen.de
	Apotheke des Klinikums der LMU, Marchioninistraße 15, 81377 München. Tel 089/4400-76600 Bestellfax 089/4400-76608 Email monika.andraschko@med.uni-muenchen.de

Als Apothekenleiter bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass für das genannte Krankenhaus ein akuter Versorgungsnotstand bei Midazolam i.v. -Zubereitungen besteht. Die aktuell vorrätige Menge hat eine Reichweite von weniger als einer Woche und es bestehen keine konkreten Lieferzusagen der Industrie.

Die Arzneimittel sind für die folgende Klinik bestimmt (für die Versorgung mehrerer Kliniken bitte separate Anforderung verwenden):

Name und Anschrift des <u>Krankenhauses</u>			
Angeforderte Arzneimittel:			Anzahl Flaschen
Pos. 1	Midazolam 2 mg/ml (100 mg/50 ml)	50 ml	
Pos. 2	Midazolam 5 mg/ml (250 mg/50 ml)	50 ml	
Anzahl der COVID-19 Patienten, die gemäß DIVI-Register in dem genannten Krankenhaus aktuell beatmet werden (ohne diese Angabe kann die Anforderung nicht bearbeitet werden)			Anzahl Patienten

- Nur vollständig ausgefüllte Formulare können bearbeitet werden.
- Es können für einen Patienten maximal 3000 Milligramm bestellt werden.
- Die Ware kann ausschließlich an die genannte Apotheke ausgeliefert werden.
- Die anfordernde Apotheke organisiert die Abholung bei der oben markierten zentral herstellenden Krankenhausapotheke und trägt dafür die Logistikkosten. Die anfordernde Apotheke ist für die Organisation der Abholung verantwortlich. Die Abholung erfolgt per Abholauftrag von TNT oder DHL, mit Vorankündigung inkl. Auftragsnummer bei der herstellenden Apotheke.
- Die Injektionsflaschen werden im Rahmen der BMG-ADKA Entlastungsaktion zu einem Preis von 3,00 EUR pro Stück inkl. MwSt. zur Verfügung gestellt.
- Die begleitenden Dokumente der Lieferung sind zu beachten!

Angaben der anfordernden Apotheke		
Name des Apothekenleiters	Datum/Unterschrift des Apothekenleiters	
Ansprechpartner	Telefonnummer	
Wird von der zentral herstellenden Apotheke ausgefüllt		
Abgabemenge Pos. 1:	Charge:	Verfall:
Abgabemenge Pos. 2:	Charge:	Verfall:
Datum der Abgabe:	Name:	
	Unterschrift:	
Empfangsbestätigung Logistikunternehmen		
Name	Datum/Unterschrift	
Empfangsbestätigung der anfordernden Apotheke (bitte zurück an Lieferapotheke)		
Name	Datum/Unterschrift	