

ANMELDUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG MIT MONOKLONALEN ANTIKÖRPERN (REGEN-COV™) AM KSW BEI COVID-19 INFEKTION

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Handy Nr:	Tel Nr:
Email:	
Krankenkasse:	Versicherten-Nr:
Zuweiser:	

Patienten mit bestätigter Covid-Infektion, Alter ≥ 12 Jahre und ≥ 40kg KG

Kriterien, die QUALIFIZIEREN für die direkte Gabe von monoklonalen Antikörpern am KSW:	Kriterien, die eine SEROLOGIE ERFORDERN zur weiteren Diagnostik (wird am KSW durchgeführt):
<p>- Risiko für einen schweren Verlauf (Kriterien gemäss BAG-Liste, siehe Link unten)</p> <p>- Symptombdauer ≤ 5 Tage <input type="checkbox"/></p> <p>- keine vollständige Impfung*/Genesung einer Covid Infektion innerhalb der letzten 4 Monate</p> <p style="text-align: center;">ODER</p> <p>- Alter >80 Jahre</p> <p>- Symptombdauer ≤ 5 Tage <input type="checkbox"/></p> <p>- keine vollständige Impfung*/Genesung einer Covid Infektion innerhalb der letzten 4 Monate</p>	<p>- Alter > 80 Jahre <input type="checkbox"/></p> <p>- Symptombdauer ≤ 5 Tage</p> <p>- vollständige Impfung/Covid Infektion innerhalb der letzten 4 Monate <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ODER</p> <p>- Immunsuppression (BAG-Liste Punkt 5; siehe Link)</p> <p>- Symptombdauer ≤ 5 Tage <input type="checkbox"/></p> <p>- vollständige Impfung/Covid Infektion innerhalb der letzten 4 Monate</p> <p style="text-align: center;">ODER</p> <p>- Immunsuppression (BAG-Liste Punkt 5; siehe Link)</p> <p>- Symptome > 5 Tage <input type="checkbox"/></p> <p>- unabhängig ob geimpft oder genesen <input type="checkbox"/></p>

*Vollständige Impfung = Abschluss der Impfsreihe innerhalb der letzten 6 Monate

BAG-Kategorien besonders gefährdeter Personen (ambulante Patienten) und Definition einer relevanten Immunsuppression (Kriterium 5 der Liste), siehe unter:

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid19_vo_2.html#-411791961

Bei Erfüllen der oben genannten Kriterien sofortige Anmeldung des Patienten am KSW!

Der Patient:

→ Erfüllt die Kriterien für eine Behandlung mit monoklonalen Antikörpern

→ Benötigt eine Serologie zur weiteren Diagnostik

Zwingend telefonische Anmeldung (täglich, 08:00 – 17:00): 052 266 51 35

Zusätzlich (vollständig ausgefülltes) **Anmeldeformular mailen an:** mak@ksw.ch

Datum:/...../.....

Unterschrift (Zuweiser):.....

Termin (wird vom KSW ausgefüllt):

Termin am (Datum / Zeit / Dauer):