



Anmeldung zur ambulanten Behandlung mit monoklonalen Antikörpern (Regen-Cov) bei Covid-19 Infektionen

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____ PLZ / Ort: _____
Tel.-Nr.: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____
Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr. _____
Zuweiser (Name): _____ Zuweiser Tel-Nr. (für Rückfragen): _____
Zuweiser (Adresse): _____

Kriterien

Patientin/Patient erfüllt die Kriterien für eine monoklonale Antikörpertherapie gemäss der BAG-Kategorien besonders gefährdeter Personen (ambulante Patienten) und Definition einer relevanten Immunsuppression (Kriterium 5 der Liste):

- Alter >12 Jahr, Gewicht >40 kg**
- Positiver Antigentest oder PCR bestätigte Covid-Infektion**
Datum/Zeit Antigen-/PCR-Test: _____ (Bitte Scan der Anmeldung beilegen)
- Risiko**
 - Alter >80 Jahre** (Ausschluss Patienten mit Palliativer Behandlung)
 - für einen schweren Verlauf** (Risiko-Kriterien unten aufführen)Risikokriterien: _____

-
- Symptombdauer ≤ 5 Tage** Zeitpunkt Symptombeginn: _____
 - Milde Covid-19 Symptome** (keine Sauerstofftherapie nötig)
 - Keine vollständige Impfung** Keine Impfung
 - Datum 1. Impfung: _____ Impfstoff: _____
 - Datum 2. Impfung: _____ Impfstoff: _____
 - Datum 3. Impfung: _____ Impfstoff: _____
 - Keine Genesung**
St.n. frühere Infektion Ja Nein Datum: _____
 - Resultat Serologie** (falls erforderlich) Datum: _____
Resultat: _____



Bei **Erfüllen der vorderseitig genannten Kriterien** und **mündlichem Einverständnis des Patienten** sofortige Anmeldung des Patienten im Spital Zollikerberg:

- **Zwingend telefonische Anmeldung** (Mo - Fr, 08:00 – 17:00 Uhr): **Tel. 044 396 74 18**
- Zusätzlich ausgefülltes Anmeldeformular mailen an: mAK_Zolli@spitalzollikerberg.ch

Datum/Zeit: _____ Zuweiser: _____

Beilage(n): Scan des positiven Antigen- resp. PCR-Tests
