

## 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 <b>QUALIFIZIEREN</b> für die direkte Gabe von monoklonalen Antikörpern am KSW:	Kriterien, die eine <b>SEROLOGIE ERFORDERN</b> zur weiteren Diagnostik (wird am KSW durchgeführt):
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Risiko für einen schweren Verlauf</b> (Kriterien gemäss BAG-Liste, siehe Link unten)</li> <li>- Symptombdauer ≤ 5 Tage <input type="checkbox"/></li> <li>- keine vollständige Impfung*/Genesung einer Covid Infektion innerhalb der letzten 6 Monate</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ODER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alter &gt;80 Jahre</b></li> <li>- Symptombdauer ≤ 5 Tage</li> <li>- keine vollständige Impfung*/Genesung einer Covid Infektion innerhalb der letzten 6 Monate <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alter &gt; 80 Jahre</b></li> <li>- Symptombdauer ≤ 5 Tage</li> <li>- vollständige Impfung/Covid Infektion innerhalb der letzten 6 Monate <input type="checkbox"/></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ODER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Immunsuppression (BAG-Liste Punkt 5; siehe Link)</li> <li>- Symptombdauer ≤ 5 Tage <input type="checkbox"/></li> <li>- vollständige Impfung/Covid Infektion innerhalb der letzten 6 Monate</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ODER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Immunsuppression (BAG-Liste Punkt 5; siehe Link)</li> <li>- <b>Symptome &gt; 5 Tage</b> <input type="checkbox"/></li> <li>- unabhängig ob geimpft oder genesen</li> </ul>

\*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/krankheit-symptome-behandlung-ursprung/besonders-gefaehrdete-menschen.html>

**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](mailto:mak@ksw.ch)

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

Unterschrift (Zuweiser):.....

**Termin (wird vom KSW ausgefüllt):**

Termin am (Datum / Zeit / Dauer):