



Inhalt:

- Serenanforderung
- Kostenübernahmeerklärung
- Patientenverfügung
- Patientenverfügung abgelaufenes Serum
- Erläuterungen zur Serenanforderung
- Beitragsordnung 2025



Serum-Depot Deutschland e. V.

Herausgabe von Antiveninen

Das Formular bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Dr. med. Antonius Schwaaf
Geschäftsführer SDD e. V.

Fax: +49 2331 954415
Mail: gs@serumdepot.de

1.) Herausgebendes Depot: _____

Am _____ um _____ Uhr wurde folgendes Antivenin abgerufen:

Stück: _____ Einzeleinheiten, Chargennr. / MHD: _____ / _____

Stück: _____ Einzeleinheiten, Chargennr. / MHD: _____ / _____

Der Abruf erfolgte durch das Krankenhaus / die Apotheke:

Name: _____

Straße: _____

Land/PLZ/Ort: _____

Station: _____

Telefon: _____

2.) Vom Anfordernden auszufüllen:

Patientenaufkleber

lesbarer Klartextaufkleber

Ist kein lesbarer Klartextaufkleber verfügbar **oder** sind keine Adressangaben auf dem Aufkleber vorhanden, sind zwingend die Angaben rechts erforderlich.

Kostenträger DSGVO Konformitätserklärung gem. Art 6, Abs. 1, lit d) und f) zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Patientenname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Vers.-Nummer: _____

Hinweise: Während des gesamten Transports und der Lagerung ist eine geschlossene Kühltette mit einer Temperatur zwischen +2 und + 8° C. zu gewährleisten !

Abgerufenes Antivenin wird binnen 14 Tagen nach der Auslieferung berechnet. Die Rücknahme nicht verbrauchten Antivenins erfolgt nur nach Absprache mit dem SDD und nur dann, wenn nicht verbrauchtes Antivenin innerhalb von 14 Tagen in unangebrochener Originalverpackung und nachweislich ordnungsgemäßer Lagerung und Transport kostenfrei im ausliefernden Depot eingetroffen ist.

Anforderer:

Name
(Druckbuchstaben) _____

Abteilung _____

Datum _____

Unterschrift _____

Depot:

Name
(Druckbuchstaben) _____

Abteilung _____

Datum _____

Unterschrift _____

Abholer:

Name
(Druckbuchstaben) _____

Organisation _____

Datum _____

Unterschrift _____

Serum-Depot Deutschland e. V.

c/o Stephan Timmer
Gaupel 26, 48653 Coesfeld
Mail: gs@serumdepot.de
Fon: +49 2331 954414 - Fax: +49 2331 954415

Eingetragen im Vereinsregister am Amtsgericht Coesfeld unter der Nr.: VR 7775
Vorstand i. S. § 26 BGB (einzelvertretungsberechtigt): Dr. rer.nat. Guido Westhoff, Vorsitzender,
Dr. med. Antonius Schwaaf, Geschäftsführer, Dipl.-Kaufmann Stephan Timmer, Schatzmeister

Berliner Sparkasse IBAN: DE05 1005 0000 6603 0809 64, BIC: BELADEBE



Serum-Depot Deutschland e. V.

Gilt für Nichtmitglieder im Serum-Depot Deutschland e. V.

Patientenaufkleber	Kostenträger DSGVO Konformitätserklärung gem. Art 6, Abs. 1, lit d) und f) zur Verarbeitung personenbezogener Daten
lesbarer Klartextaufkleber Ist kein lesbarer Klartextaufkleber verfügbar, sind zwingend die Angaben rechts erforderlich. Bei Verwendung eines Patientenaufklebers müssen die Angaben rechts nicht ausgefüllt werden.	Patientenname: _____ Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____ Vers.-Nummer: _____

Der/die o. a. Patient(in) erklärt hiermit: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ (Fall 1)

dass er/sie **kein** Serum aus unseren Beständen wünscht.

☐ (Fall 2)

dass er/sie auf jeden Fall adäquates Serum aus unseren Beständen (sofern vorhanden) wünscht und dieses durch den behandelnden Arzt / Ärztin bestellt werden soll. In diesem Fall ist der o. g. Patient mit einer Bearbeitungspauschale von 510,00 € zugunsten des Serum-Depot Deutschland e. V. einverstanden.

Dies ist in der Beitragsordnung (www.serumdepot.de) verzeichnet.

Unterschrift des Patienten, ggf. Zeugen
oder einer vertretungsberechtigten Person

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

die den Wunsch des Patienten bestätigen, insbesondere auch im Fall 1, wenn der Patient selbst nicht unterschreiben kann.



Serum-Depot Deutschland e. V.

Notrufnummer (24/7): +49 30 – 5444 5989

Patientenverfügung zur Beratung im Giftschlangenbissfall durch den Serum-Depot Deutschland e. V.

Hiermit entbinde ich, _____, _____
(Vor- und Nachname) (Geburtsdatum)

(Anschrift: Straße, Postleitzahl, Wohnort)

die mich behandelnden Ärzte ausdrücklich im Falle eines Bisses (m)einer Giftschlange gegenüber den ärztlichen und auch den nicht ärztlichen Beratern der 24h Notrufnummer des oben genannten Serum-Depot Deutschland e. V. (SDD) ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre, dass ich in jedem Falle deren Hinzuziehung zur Unterstützung meiner Behandlung wünsche.

Ich weise die mich behandelnden Ärzte insoweit ausdrücklich an, den ärztlichen / nicht ärztlichen diensthabenden Beratern des Serum-Depot Deutschland e. V. umfassende medizinische Auskunft zu geben, damit sie eine zielführende Beratung zur Behandlung meines Giftschlangenbisses in meinem Sinne ausführen können.

Erklärungen für den behandelnden Arzt:

- Durch die Berater des SDD kann u. a. das entsprechende Serum zur Behandlung passend zur bestimmten Giftschlange ermittelt werden. Sollte seine Anwendung notwendig sein, kann der Berater auch bei der Anforderung des erforderlichen Serums durch die mich behandelnden Ärzte behilflich sein.
- Der Berater des SDD kann nur mit Hilfe der zur Verfügung gestellten (Labor-) Fakten beratend tätig sein.
- Eine Beratung wird die Behandlung für den behandelnden Arzt vor Ort, der sehr wahrscheinlich noch nie mit einer derartigen Notfallsituation konfrontiert war, erleichtern und sinnvolle Maßnahmen anregen. Und nicht sinnvolle Maßnahmen (inklusive nicht korrekter oder nicht notwendiger Serumgaben) vermeiden helfen, was für beide Seiten, Arzt und Patient, durchaus einem Optimum gleichkommt. ⁽¹⁾

Die Therapiehoheit bleibt beim behandelnden Arzt.

Ort

Datum

Unterschrift

¹ Siehe hierzu auch die WHO-Behandlungshinweise auf unserer [Homepage](#).



Serum-Depot Deutschland e. V.

Notrufnummer (24/7): +49 30 – 5444 5989

Patientenergänzungsverfügung zur Beratung im Giftschlangenbissfall durch den Serum-Depot Deutschland e.V. ⁽²⁾

Diese Ergänzungsverfügung berücksichtigt den Fall, dass nur Serum mit abgelaufenem Mindesthaltbarkeitsdatum verfügbar ist.

Es ist eine Ergänzungsverfügung zu meiner Patientenverfügung vom _____
(Datum)

Ich willige ein, dass mir Serum mit abgelaufenem Mindesthaltbarkeitsdatum (MHD) verabreicht wird, wenn kein anderes Antivenin / Serum zur Verfügung steht.

Ich habe die Aufklärung über Nutzen und Risiko bei der Anwendung von Antiveninen nach Ablauf des deklarierten Verfallsdatums ab Seite 2 gelesen und verstanden.

(Vor- und Nachname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift: Straße, Land, Postleitzahl, Wohnort)

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

⁽²⁾ Urheber: Sträter Rechtsanwälte PartmbB, Bonn



Informationen für Depothalter, Ärzte und medizinisches Fachpersonal

Dieses Dokument gibt einen Überblick über Verfahrensweisen zu Anforderung, Herausgabe, Transport und sonstigen Fragen zum Umgang mit Antiveninen, die Eigentum des Serum-Depot Deutschland e. V. (SDD) sind.

Änderungsdienst (letzte Änderung ist **rot** markiert):

16.11.2017	Komplette Neufassung der Dokumentation
24.06.2020	Neues Herausgabeformular für Antivenine Neuer Punkt 2.2: Ablauf der Herausgabe Der alte Abschnitt 4 (Verwendung von Antivenin des SDD e. V mit dem Formular „Antiveninverwendung für behandelnden Arzt.pdf“ entfällt ersatzlos Neuer Abschnitt 4: Rückgabe von erhaltenen und nicht verbrauchten Antiveninen
18.06.2023	Aktualisierung einzelner Punkte zur Herausgabe von Antiveninen und deren Transport aufgrund Änderungen im deutschen Arzneimittelgesetz (AMG)

Inhalt

1.	Anforderung von Antivenin	2
2.	Herausgabe von Antivenin im Notfall.....	2
2.1	Vorbemerkung	2
2.2	Ablauf der Herausgabe.....	2
2.3	Dokumentation der Herausgabe	2
3.	Transportorganisation im Notfall.....	3
3.1	Transportorganisation.....	3
3.2	Begleitdokumente.....	3
4.	Rückgabe von erhaltenen und nicht verbrauchten Antiveninen	3
5.	Information für Serumdepothalter des SDD	4
5.1	Antiveninbeschaffung	4
5.2	Antivenine, deren Herstellerverwendungsdatum abgelaufen ist.....	4
5.3	Umverfügungen von Antiveninen	4

1. Anforderung von Antivenin

Die Anforderung von Antiveninen wird in der Regel durch einen Apotheker eines Krankenhauses, durch den Krankenhausarzt, oder bereits schon durch den Notarzt gestellt. Dazu sollte sich der Bestellende immer über unsere Notrufnummer mit einem unserer Berater abgestimmt haben.

Mitglieder des SDD selbst sind nicht berechtigt, die Herausgabe von Antiveninen durch den Depothalter zu verlangen. Sofern im Not- / Anforderungsfall für den Notarzt, die Apotheke oder das Mitglied des SDD sich möglicherweise Unklarheiten auftun, wenden Sie sich bitte immer zuerst an die Notfalloffnummer des SDD (+49 30 5444 5989), die 24/7 erreichbar ist.

Weitere Informationen dazu siehe auch unter Punkt 5

2. Herausgabe von Antivenin im Notfall

2.1 Vorbemerkung

Antivenine aus den Depots des Serum-Depot Deutschland e. V. (SDD) stehen im Notfall jedem MITGLIED des SDD zur Verfügung.

2.2 Ablauf der Herausgabe

Das Depot wird i. d. R. vom behandelnden Arzt / zuständigen Apotheker als erstes telefonisch kontaktiert. Dabei werden folgende Punkte im Dialog geklärt:

- Welches Serum ist hier erforderlich.
- Ist das erforderliche Antivenin in einem der Depots vorhanden. ⁽¹⁾
- Was ist die erforderliche Menge des Antivenins für die Behandlung.

Im Anschluss daran lädt man sich das erforderliche Herausgabeformular von der Homepage des SDD [herunter](#) bzw. übermittelt das Depot das Herausgabeformular (siehe auch Abschnitt 2.3) mit den Antiveninangaben (Anzahl, Chargennummer und Mindesthaltbarkeitsdatum) an den Anforderer. Dieser vervollständigt die Angaben (Krankenhaus / Apotheke und -Patientenangaben) und schickt dem Depot das Formular als Bestellung mit deutlich lesbaren Namen versehen unterschieden zurück.

2.3 Dokumentation der Herausgabe

Die Herausgabe muss dokumentiert werden. Bitte verwenden Sie dazu das Formular

[„Herausgabe von Antiveninen.pdf“](#).

Auf dem Formular sind folgende Angaben zwingend zu machen:

- Datum und Uhrzeit der Anforderung
- Bezeichnung des herausgegebenen Antivenins mit Anzahl und Chargennummer(n)

⁽¹⁾ Dringende Empfehlung bei Anforderungen von weit entfernten Krankenhäusern/Apotheken: Bitte klären Sie zunächst mit dem Notfallberater über die Notfalloffnummer ab, ob das erforderliche Antivenin ggf. in einem näher gelegenen Depot verfügbar ist. Es macht keinen Sinn, kostet viel unnötige Zeit und verursacht hohe Kosten, wenn z. B. bei einem Bissfall in Nordrhein-Westfalen Antivenin aus Bayern nach NRW eingeflogen wird und das gleiche Antivenin in einem Depot in NRW oder Niedersachsen ist.

- Das anfordernde Krankenhaus (oder Apotheke) mit Angabe der Station und des behandelnden Arztes mit Durchwahlnummer(n).
- Die Patientendaten
- Originäre Unterschriften des Patienten/Angehörigen/Bevollmächtigten auf dem Formular benötigt der SDD nicht. Es wird aber zur Eigenabsicherung empfohlen, dass die Felder unterschrieben werden.

Das Formular kann Online ausgefüllt und per E-Mail (gs@serumdepot.de) an die Geschäftsstelle des SDD geschickt werden. Sofern kein E-Mail-Zugang vorhanden ist schicken Sie es bitte per Fax an +49 2331 954415.

3. Transportorganisation im Notfall

3.1 Transportorganisation

Der SDD wird mangels eigener Kompetenz den Transport von Antivenin, vor allem im Notfall, nicht organisieren können.

Die Rettungsdienste in der EU verfügen meistens über eigene (zertifizierte) Wege.

Bitte stellen Sie sicher, dass der Transport von Antiveninen temperaturgeführt (mit 2-8° C) in die Krankenhausapotheke erfolgt: Verläßt das Antivenin diesen vorgeschriebenen Weg oder die Apotheke, dürfen wir nach AMG das Serum nicht (Siehe auch Pkt 4) zurücknehmen.

Sofern darüber hinaus Fragen bestehen: Über umfangreiche Erfahrung in diesem Bereich verfügt die Feuerwehrleitstelle Düsseldorf (24/7-Bereitschaft, bitte diesen Kontakt wirklich nur in Notfällen benutzen):

Feuerwehrleitstelle der Landeshauptstadt Düsseldorf
Hüttenstraße 68
40215 Düsseldorf
Deutschland
Tel.: +49 211 3889-0, Fax: +49 211 371574

Hauptverantwortlicher: Michael Harzbecker, leitender Reptilienfachkundiger bei der Feuerwehr Düsseldorf

3.2 Begleitdokumente

Wir bitten die Mitarbeiter der herausgebenden Stelle, eine Kopie des ausgefüllten Formulars und einen Ausdruck dieser Beschreibung als Information für die Empfangsstelle dem zu versendenden Antivenin beizulegen.

4. Rückgabe von erhaltenen und nicht verbrauchten Antiveninen

Abgerufenes Antivenin wird binnen 14 Tagen nach der Auslieferung berechnet.

Die Rücknahme nicht verbrauchten Antivenins kann **nur nach Absprache mit dem SDD** (Tel.: +49 2331 954414, Fax: +49 2331 954415 oder gs@serumdepot.de) erfolgen.

Voraussetzung für die Rücknahme nicht verbrauchten Antivenins ist die kostenfreie und nachweislich temperaturgeführte (Rück-)sendung (zwischen +2 und +8° Celsius) innerhalb von

14 Tagen in unangebrochener Originalverpackung von der Krankenhausapotheke an das ausliefernde Depot. (Siehe auch Pkt.3.1.)

5. Information für Serumdepothalter des SDD

Verantwortlich für die Beschaffung und Disposition der Antivenine des SDD ist der Vorsitzende des SDD, PD Dr. rer. nat. Guido Westhoff (westhoff@serumdepot.de)

5.1 Antiveninbeschaffung

Sofern Antivenine ersetzt werden müssen oder zusätzliche Antivenine in ein Depot eingelagert werden sollen, kümmert sich der SDD darum.

Die/der verantwortliche Mitarbeiter(in) des Depots muss sich nicht darum kümmern, wird aber rechtzeitig über Anlieferungen oder Umverfügungen informiert.

Der SDD erledigt die Transportfrage und übernimmt die Kosten dafür.

5.2 Antivenine, deren Herstellerverwendungsdatum abgelaufen ist

Antivenine sind in vielen Fällen auch nach Ablauf des Verwendungsdatums noch mehrere Jahre ohne Einschränkungen nutzbar.⁽²⁾

Die Entscheidung über die Verwendung solcher Antivenine nach einem Bissfall trifft immer der behandelnde Arzt.

Aus diesem Grund dürfen Antivenine nach Ablauf des Mindesthaltbarkeitsdatums durch den Depothalter ohne Rücksprache mit der Geschäftsstelle nicht entsorgt werden.

Sie müssen zur Lagerung an eine vom SDD mitgeteilte Adresse geschickt werden, wo sie für den Ernstfall eines nicht vorhandenen MHD-validen Serums AMG-konform eingelagert werden. Die Kosten dafür übernimmt der SDD.

5.3 Umverfügungen von Antiveninen

Der SDD kann keine Garantie dafür übernehmen, dass das passende Antivenin im nächstgelegenen Depot vorgehalten wird. Darüber kann aber immer der Notfallberater am Notfalltelefon des SDD Auskunft geben.

Aufgrund von Mitgliederabfragen kann es vorkommen, dass Antivenin von einem Depot in ein anderes umgelagert werden muss.

Diese Umlagerungen werden vom SDD veranlasst und rechtzeitig vorher mit den Depothaltern abgeklärt.

(2) Download: [Studie San Diego Medical Center zum Einsatz von Seren nach Herstellerverfallsdatum von 2010.pdf](#)



Serum-Depot Deutschland e. V.

Beitragsordnung (Fassung vom 30.05.2025)

Diese Beitragsordnung ersetzt die Fassung der Beitragsordnung 08.12.2021 des Serum-Depot Deutschland e.V., nachfolgend Verein genannt.

Diese Beitragsordnung enthält die Regeln und Definitionen zur Satzung, § 7, Beiträge:

- I. Allgemeine Regeln und Definitionen
- II. Beitragssätze und Fälligkeiten
- III. Besondere Regeln für Gewerbe / Institutionen
- IV. Regeln für Fördermitglieder
- V. Regeln für Nichtmitglieder

I. Allgemeine Regeln und Definitionen

1. Diese Beitragsordnung tritt am 01.06.2025 in Kraft.
2. Grundlage für Änderungen der Beitragsordnung ist die Satzung des Vereins.
Der Jahresbeitrag kann durch Mehrheitsbeschluss der Mitgliederversammlung angepasst werden.
Die Aufnahmegebühr und sonstige Kostenbeiträge können durch Vorstandsbeschluss angepasst werden.
3. Die Regelungen, die diese Ordnung enthält, sind nicht einklagbar.

II. Beitragsätze und Fälligkeiten

Die Beiträge betragen:

	Privatmitgliedschaft	Gewerbe- / Institutionsmitgliedschaft
Einmalige Aufnahmegebühr	50,00 €	100,00 €
Jahresbeitrag	170,00 €	1. bis 3. Mitarbeiter (je Mitarbeiter) 170,00 € ab
bei unterjährigem Eintritt je Monat	15,00 € (zahlbar in einer Summe für die restlichen Monate des angefangenen Jahres)	4. bis 6. Mitarbeiter (je Mitarbeiter) 120,00 € ab 7. Mitarbeiter (je Mitarbeiter) 105,00 € Auszubildende pauschal (anzahlunabhängig) 170,00 €
Fördermitgliedschaft (ruhende Mitgliedschaft)	20,00 €	20,00 €

Die Beiträge werden zum 01.01. des Jahres fällig und sind bis zum 31.01. des Jahres in einer

Seite 1 von 2

Summe auf das unten angegebene Vereinskonto einzuzahlen. Bei unterjährigem Eintritt ist die komplette Summe für den Rest des laufenden Jahres sofort fällig.

Der Überweisungsauftrag muss im Verwendungszweck mit dem Namen des Mitglieds (bei Gewerbe- / Institutionsmitgliedschaft mit dem Namen der Mitgliedschaft sowie der Anzahl Mitarbeiter) und dem Beitragsjahr versehen sein.

Aufnahmegebühr und Erstbeitrag werden mit Eingang der Beitrittserklärung fällig. Erst nach Eingang der Zahlung wird der Versand der Vereinsunterlagen eingeleitet.

Bei Austritt aus dem Verein besteht kein Anspruch auf Rückerstattung von bereits gezahlten Mitgliedsbeiträgen, siehe auch Satzung § 5.

III. Besondere Regeln für Gewerbe / Institutionen

- Jeder Antrag stellende Zusammenschluss von mehr als 1 Person (Firma, Institution usw.) erhält unabhängig von der Zahl der Personen den Status eines Mitgliedes.
- Als grundlegender Personalbestand wird von 2 Personen ausgegangen (1. Person arbeitet mit den Tieren, die 2. Person sichert).
- Bei Mitarbeiterwechsel bzw. neuen Mitarbeitern ist dieses unverzüglich der Geschäftsstelle des Vereins mitzuteilen.
- Die Mitgliedskarten werden nur auf den Betrieb / die Institution ausgestellt, nicht auf die jeweiligen Mitarbeiter.
- Mit der Mitgliedschaft als Vertreter / Mitarbeiter eines Gewerbes / eine Institution o.ä. sind Privatbestände nicht abgesichert.

IV. Regeln für Fördermitglieder

- Jede Person, die den Verein unterstützen möchte, kann Fördermitglied werden.
- Aktive Mitglieder, die zeitweise keine Gifttiere halten, können ihre Mitgliedschaft auf Antrag ab dem Folgegeschäftsjahr in eine Fördermitgliedschaft umwandeln (ruhende Mitgliedschaft). Der Antrag ist schriftlich an die Geschäftsstelle zu richten.
- Eine Fördermitgliedschaft berechtigt das Mitglied zur Teilnahme an den Versammlungen des Vereins.
Eine Stimmberechtigung ist ausgeschlossen.

V. Regeln für Nichtmitglieder

- Mitglieder, die ihren Mitgliedsbeitrag nicht bezahlen, **werden** vom Vorstand ausgeschlossen. Voraussetzung für den Ausschluss sind folgende Mahnstufen:
Zahlungserinnerung und 1. Mahnung = Letzte Mahnung.
- Wird nach dem Austritt der Verein bei einem Bissfall in Anspruch genommen, verpflichtet sich das Nichtmitglied, zur Zahlung einer Bearbeitungspauschale, die einem 3-fachen Jahresmitgliedsbeitrag entspricht, ohne Anspruch auf eine zukünftige Mitgliedschaft im Verein.
Das sind nach gegenwärtigem Stand (06/2025) 510,00 €.