



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 Kühlkette 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