



Medikamentenbestellung Therapie COVID-19

Patient (Initialen!)

Jahrgang

Spital

Lieferadresse

Behandelnder Arzt (Vorname/Name) / Funktion*

*Kaderarzt Innere Medizin, Infektiologie oder Intensivmedizin

E-Mailadresse

Telefonnummer

Arzneimittel (bitte ankreuzen)

1 OP Kaletra® (Aluvia®) 200mg/50mg à 120 Stück

1 OP Plaquenil 200mg à 30 Stück

Ich bestätige, dass der oben genannte Patient die Behandlungskriterien für eine COVID-19 Therapie gemäss Richtlinie der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie erfüllt.

Datum

Unterschrift

Die komplett ausgefüllte Anforderung einscannen und senden an: eva.burkard-berther@san.gr.ch

Entscheid

Freigabe der Bestellung / Auslieferung gemäss Absprache

Keine Freigabe: Grund

Name, Datum, Visum