

Bestätigung der Impfung oder Antibiotikaprophylaxe

Kontrollierte Abgabe von FABHALTA®

FABHALTA darf nur abgegeben werden, wenn eine schriftliche Bestätigung vorliegt, dass der Patient gegen *Streptococcus pneumoniae* und *Neisseria meningitidis* geimpft ist oder eine entsprechende prophylaktische Antibiose erhält. Novartis hat dazu ein System zur kontrollierten Abgabe eingerichtet, über welches diese Bestätigung erfasst und für jeden Patienten eine individuelle Patienten-Identifikationsnummer (Pat.-ID) generiert wird. Diese Nummer ist essenziell für die Bestellung des Arzneimittels in der Apotheke. Des Weiteren ist Novartis behördlich verpflichtet, eine jährliche Erinnerung an die Überprüfung des Impf- oder Antibiotikaprophylaxestatus an den Behandler zu übermitteln. Die Angabe einer E-Mail-Adresse ist im Rahmen dieser regulatorischen Anforderung verpflichtend.

Sie können diese Bestätigung entweder online unter www.fabhalta-ID.com/at oder unter Verwendung des vorliegenden Formulars dokumentieren. Bei Verwendung des Online-Portals erhalten Sie die Pat.-ID dort unmittelbar. Bei Einreichung dieses Formulars wird Ihnen die Pat.-ID bis zum nächsten Werktag übermittelt. Bitte senden Sie dazu das Formular per E-Mail an VCF@FABHALTA-ID.com oder per Fax an **+49 341 25920-22**.

Bitte notieren Sie die individuelle Pat.-ID auf der Patientenkarte zur sicheren Anwendung, die Sie dem Patienten aushändigen, und bewahren Sie die Pat.-ID in der Akte des Patienten auf. Sie werden als behandelnder Arzt jährlich daran erinnert, den Impfstatus Ihres Patienten zu überprüfen und gegebenenfalls Auffrischungsimpfungen gemäß den nationalen Impfrichtlinien durchzuführen und die Pat.-ID vor Ablauf der Gültigkeit (3 Jahre) zu verlängern.

Wenn Sie weitere Fragen zur Bereitstellung der Pat.-IDs haben, kontaktieren Sie gerne das FABHALTA-ID Service Center per E-Mail SUPPORT@FABHALTA-ID.com, Telefon **+49 341 25920-439** oder Fax **+49 341 25920-22**.

Bestätigung der notwendigen Impfungen und/oder Antibiotikaprophylaxe

Informationen Arzt	Informationen Patient	
Name behandelnder Arzt	Initialen <input type="text"/> <input type="text"/>	
Organisation	Tag der Geburt <input type="text"/>	Monat der Geburt <input type="text"/>
Adresse	Neuer oder bestehender Patient?	<input type="radio"/> Neu <input type="radio"/> Bestehend
E-Mail	Bisherige Pat.-ID (für bestehenden Patienten)	
	<input type="text"/>	

Mit meiner rechtsgültigen Unterschrift bestätige ich, dass:

- der Patient vor Beginn der Behandlung gemäß den geltenden nationalen Richtlinien gegen *Neisseria meningitidis* und *Streptococcus pneumoniae* geimpft ist und/oder bis 2 Wochen nach der Impfung eine Antibiotikaprophylaxe erhält. Sofern verfügbar, wird eine Impfung gegen *Haemophilus influenzae* Typ B empfohlen.
- ich den Patienten und/oder seinen rechtlichen Vertreter darüber informiert habe, dass seine Patienteninformationen an Novartis Europharm Ltd in Irland weitergegeben werden, dass diese gemäß den behördlichen Anforderungen zur Verwaltung des Impf- oder Antibiotikaprophylaxestatus verarbeitet werden, sowie über seine Möglichkeit, seine Datenschutzrechte auszuüben, alles wie im (ausdruckbaren) Datenschutzhinweis beschrieben, der unter <https://www.fachkreise.novartis.at/fabhalta-datenschutzinfo-patient> zugänglich ist.

Datenschutzhinweis: Novartis wird Ihre im Rahmen dieser Bestätigung zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten für die Durchführung der kontrollierten Abgabe für FABHALTA verwenden. Mehr zur Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten erfahren Sie hier: <https://www.fachkreise.novartis.at/fabhalta-datenschutzinfo-arzt>

Unterschrift		Vom Dienstleister auszufüllen	
Datum	Unterschrift	Pat.-ID	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte bewahren Sie dieses Dokument mit der Pat.-ID auf und vermerken Sie diese auf der Patientenkarte zur sicheren Anwendung und am Rezept.