

# Bestätigung der Impfung und/oder Antibiotikaphylaxe



## Kontrollierte Abgabe von FABHALTA (Iptacopan)

Iptacopan darf nur abgegeben werden, wenn eine schriftliche Bestätigung vorliegt, dass der\*die Patient\*in gegen *Streptococcus pneumoniae* und *Neisseria meningitidis* geimpft ist und/oder eine entsprechende prophylaktische Antibiose erhält. Novartis hat dazu ein System zur kontrollierten Abgabe eingerichtet, über welches diese Bestätigung erfasst und für jede\*n Patient\*in eine individuelle Patienten-Identifikationsnummer (Pat.-ID) generiert wird. Diese Nummer ist essenziell für die Bestellung des Arzneimittels in der Apotheke.

Sie können diese Bestätigung entweder online unter [www.fabhalta-ID.com/de](http://www.fabhalta-ID.com/de) 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](mailto: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 der\*m Patient\*in aushändigen, und bewahren Sie die Pat.-ID in der Akte der\*s Patient\*in auf. Sie werden als behandelnder Arzt jährlich daran erinnert, den Impfstatus Ihrer Patient\*innen zu überprüfen und gegebenenfalls Auffrischungsimpfungen gemäß den nationalen Impfrichtlinien durchzuführen.

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](mailto:SUPPORT@FABHALTA-ID.com)), Telefon (+49 341 25920-439) oder Fax (+49 341 25920-22).

## Bestätigung der notwendigen Impfungen und/oder Antibiotikaphylaxe

| Informationen Ärzt*in          |  | Informationen Patient*in                          |   |
|--------------------------------|--|---|---|
| Name behandelnder Arzt         |  | Initialen   |   |
| Organisation                   |  | Tag des Geburtsdatums                             |   |
| Adresse                        |  | Monat des Geburtsdatums                           |   |
| Fax                            | E-Mail   | Neue*r oder bestehende*r Patient*in?              | <input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Bestehend |
| Bevorzugter Kommunikationsweg? | <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Fax | Bisherige Pat.-ID (für bestehenden Patient*innen) |   |

### Mit meiner rechtsgültigen Unterschrift bestätige ich, dass:

- der\*die Patient\*in 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 Antibiotikaphylaxe erhält. Sofern verfügbar, wird eine Impfung gegen *Haemophilus influenzae* Typ B empfohlen.
- der\*die Patient\*in oder ihr\*sein gesetzliche\*r Vertreter\*in über die Behandlung mit Iptacopan aufgeklärt wurde und ihr\*ihm alle notwendigen Informationen einschließlich der Patientenkarte zur sicheren Anwendung und dem Leitfaden für Patienten vor der Behandlung ausgehändigt wurden bzw. ausgehändigt werden.
- ich einmal pro Jahr per E-Mail über die oben genannten Kontaktdaten an die vorgeschriebenen Folgeimpfungen gemäß den nationalen Impfrichtlinien erinnert werde.

Datenschutzhinweis: Novartis wird Ihre im Rahmen dieser Bestätigung zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten für die Durchführung der kontrollierten Abgabe für Iptacopan verwenden. Um mehr über die Datenschutzrechte und den Umgang mit personenbezogenen Daten bei Novartis zu erfahren, sind in der Allgemeinen Datenschutzerklärung weitere Informationen zu finden: <https://fabhalta-id.com/de/dphcp.pdf>

| Unterschrift |              | Vom Dienstleister auszufüllen |       |
|--------------|--------------|-------------------------------|-------|
| Datum        | Unterschrift | Pat.-ID                       | Datum |
|              |              |                               |       |

Bitte bewahren Sie dieses Dokument mit der Pat.-ID auf und vermerken Sie diese auf der Patientenkarte zur sicheren Anwendung und wenn möglich auf der Verordnung.