



## Impfbestätigung Deutschland

*Diese Impfbestätigung muss Alexion gemäß Auflage der Zulassungsbehörde EMA für jeden neuen Patienten vor Beginn der Behandlung mit Ultomiris® (Ravulizumab) oder Soliris® (Eculizumab) vorliegen, bevor die Lieferung erfolgen kann.*

**Bitte vollständig ausfüllen und spätestens am Tag der Bestellung per Fax oder E-Mail senden. Vielen Dank!**

<b>An:</b> ALEXION	<b>Fax:</b>	+49 (0)89 12 08 81 65
	<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:CustomerOperationsGermany@alexion.com">CustomerOperationsGermany@alexion.com</a>

**Vor- und Nachname des verschreibenden Arztes (Bitte in Blockbuchstaben):**

<b>Klinik:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>Straße:</b>	<b>Fax:</b>
<b>PLZ, Ort:</b>	<b>E-Mail:</b>

### Angaben zu Arzneimittel und Indikation

<input type="checkbox"/> <b>Ultomiris® (Ravulizumab)</b>	<b>Indikation</b>	<input type="checkbox"/> PNH <input type="checkbox"/> aHUS <input type="checkbox"/> gMG <input type="checkbox"/> NMOSD	<input type="checkbox"/> Andere (Bitte definieren):
<input type="checkbox"/> <b>Soliris® (Eculizumab)</b>	<b>Indikation</b>	<input type="checkbox"/> PNH <input type="checkbox"/> aHUS <input type="checkbox"/> refraktäre gMG <input type="checkbox"/> NMOSD	<input type="checkbox"/> Andere (Bitte definieren):

### Angaben zum Patienten

<b>Geburtsdatum</b> (TT/MM/JJJJ)		Der Patient ist/wird in ein Alexion Krankheitsregister eingeschlossen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Dem Patienten wurde bereits einer der oben angegebenen Komplementinhibitoren verschrieben: <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja: Patientencode: _____
-------------------------------------	--	---

### Verpflichtungserklärung

Ich, \_\_\_\_\_, bestätige mit meiner Unterschrift und verpflichte mich Folgendes sicherzustellen:

- Ich muss den Patienten bzw. die Eltern/Betreuungspersonen über die Behandlung mit einem Komplementinhibitor aufklären, sowie die relevanten Schulungsmaterialien einschließlich der Patientenkarte (in Papierform) vor Beginn der Behandlung mit dem Komplementinhibitor zur Verfügung stellen.
- Der Patient wird mindestens 2 Wochen vor Beginn der Behandlung mit einem Komplementinhibitor gegen Meningokokken-Infektionen geimpft. Patienten, die weniger als 2 Wochen nach der Impfung mit einem Meningokokken-Impfstoff mit der Behandlung mit einem Komplementinhibitor beginnen, werden bis 2 Wochen nach der Impfung mit geeigneten prophylaktischen Antibiotika behandelt werden.
- Der Patient wird gegen alle verfügbaren Meningokokken-Infektionsserotypen von Neisseria meningitidis gemäß den nationalen Impfleitlinien geimpft.

### Datenschutzhinweise:

Alexion Pharmaceuticals, Inc., USA, und seine lokalen Tochtergesellschaften (zusammen „Alexion“, „wir“, „uns“) als Verantwortlicher verarbeiten personenbezogene Daten von **Patienten**, die Soliris/Ultomiris erhalten, und von medizinischem Fachpersonal, das an ihrem therapeutischen Management beteiligt ist, um das mit der Verwendung von Soliris/Ultomiris verbundene Risiko gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zu verwalten und zu verringern. Diese personenbezogenen Daten beziehen sich auf das Geburtsdatum des Patienten, die Art der Behandlung und die verschriebene Medikation in Verbindung mit der Impfbestätigung. Bei **medizinischem Fachpersonal** verarbeiten wir personenbezogene Daten wie z. B. den Namen/das Krankenhaus wenn die Impfbestätigung für den Patienten ausgestellt wird oder wenn Sie als behandelnde Ärzte identifiziert werden, und die E-Mail-Adresse bei der Übermittlung der elektronischen Impfbestätigung. Sie können sich jederzeit an uns wenden, um zu fragen, welche personenbezogenen Daten wir über Sie verarbeiten, und um zu verlangen, dass wir ungenaue personenbezogene Daten korrigieren. Sie können ebenfalls die Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten ablehnen oder unterdrücken und unsere Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einschränken. Sie haben das Recht, jederzeit aus Gründen, die sich auf Ihre besondere Situation beziehen, der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu widersprechen und Ihre Einwilligung zu einer bestimmten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widerrufen. Wenn eine solche Anfrage dazu führt, dass Alexion oder seine verbundenen

Unternehmen gegen seine Verpflichtungen aus geltenden Gesetzen, Vorschriften oder Verhaltenskodizes verstoßen, kann Alexion Ihrer Anfrage möglicherweise nicht nachkommen.

Zur Ausübung Ihrer Rechte kontaktieren Sie: [Privacy@alexion.com](mailto:Privacy@alexion.com).

Um mehr über die Verarbeitung der erhobenen Daten zu erfahren, besuchen Sie bitte unsere Website: <https://alexion.com/Legal#privacynotice>

<b>Datum (TT/MM/JJJJ):</b>	<b>Unterschrift:</b>
----------------------------	----------------------

Nach der Patientenvalidierung durch Alexion wird dem Patienten ein eindeutiger Patientenidentifizierungscode (ID) zugewiesen, der Ihnen über die von Ihnen auf dieser Bescheinigung angegebenen Kontaktdaten zugesandt wird.

Der Patientencode und das Geburtsdatum des Patienten **MÜSSEN** bei allen weiteren Bestellungen angegeben werden.

**NUR FÜR INTERNEN ALEXION GEBRAUCH**

SAP Patienten Code ..... (wird von Alexion ausgefüllt.)