



## Ärztliche Dokumentation bzgl. der Verabreichung von Paxlovid® (Nirmatrelvir + Ritonavir) im Bedarfsfall

- Vertraulich -

Vor- und Nachname der Patientin/des Patienten	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		ggf. Wohngruppe/Station/Zimmer
ggf. Stempel der Einrichtung, Ansprechperson		

Weitere Angaben:	Ja	Nein
Ärztliche Aufklärung über die Verabreichung von Paxlovid® (Nirmatrelvir + Ritonavir) im Bedarfsfall ist erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einwilligung durch Patient/-in bzw. durch gesetzliche Betreuungsperson zur Verabreichung von Paxlovid® (Nirmatrelvir + Ritonavir) im Bedarfsfall erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontraindikationen:	Ja	Nein
Vorerkrankungen/Risikofaktoren ausgeschlossen, die gegen eine Verabreichung von Paxlovid® (Nirmatrelvir + Ritonavir) im Bedarfsfall sprechen würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelinteraktionen ausgeschlossen, die gegen eine Verabreichung von Paxlovid® (Nirmatrelvir + Ritonavir) im Bedarfsfall sprechen würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Arzneimittelinteraktionen können beispielsweise anhand des Liverpool Drug Interactions Checker (<a href="http://www.covid19-druginteractions.org">www.covid19-druginteractions.org</a>) oder dem Tool der DGIIN (<a href="http://www.rki.de/covriin">www.rki.de/covriin</a>) überprüft werden.</i>		
Stand Medikamentenplan der Patientin/des Patienten (Datum)		
<b>Zusatz:</b> Die <b>Verabreichung von Paxlovid® (Nirmatrelvir + Ritonavir) ist möglich</b> , wenn die Dauermedikation wie folgt angepasst wird:		

Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt

Arzt-/Praxisstempel