

An alle
in Hessen niedergelassenen
Gynäkologinnen und Gynäkologen

**Landesstelle
Vorstand**

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Tel.: (069) 79502-602 • Fax: (069) 79502-640
E-Mail: [E-Mail: Infocenter@kvhessen.de](mailto:Infocenter@kvhessen.de)

10. Dezember 2009

**Durchführung der Impfung von Schwangeren mit dem adjuvansfreien und thiomersalfreien
Impfstoff Panvax von CSL durch niedergelassene Gynäkologen**

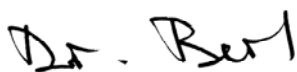
Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

das Land Hessen hat ausschließlich für die Impfung von Schwangeren ein begrenztes Kontingent (voraussichtlich 12.000 Dosen) des adjuvansfreien Impfstoffs Panvax[®] (CSL H1N1 Pandemic Influenza Vaccine) bestellt, der in Kürze durch die Ihnen bereits bekannten Lieferapotheken (mit Ausnahme der Sonnenapotheke in Taunusstein) bezogen werden kann. Aus diesem Grunde können Sie ab sofort für Ihre schwangeren Patientinnen diesen Impfstoff bestellen. Bitte beachten Sie, dass nur Gynäkologen bezugsberechtigt sind und dass die Bestellung der Einzeldosen (in Fertigspritzen) nur mittels eines personenbezogenen Rezeptes (Vordruck 16) für die jeweilige Schwangere erfolgen kann. Eine Ausfüllanleitung finden Sie diesem Schreiben beigelegt.

Die Bestellung bei der Lieferapotheke kann per Fax erfolgen, das Originalrezept wird bei Auslieferung des Impfstoffs übergeben. Um sicherzustellen, dass dieser Impfstoff nur an Schwangere verimpft wird, können die Apotheken den Impfstoff nur bei Vorliegen von korrekt ausgefüllten Verordnungen in entsprechender Anzahl einmal pro Woche beim Großhandel bestellen. Eine Ausweitung der Verteilung auf andere Risiko-Gruppen ist derzeit seitens der Landesregierung nicht vorgesehen.

Die Abrechnung und Dokumentation der Impfung unterscheidet sich nicht von der Impfung mit Pandemrix[®].

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Margita Bert
Vorsitzende

Anlage: Ausfüllanleitung



Dr. med. Gerd W. Zimmermann
stellv. Vorsitzender

Bedruckungsanleitung für das Rezept zur Bestellung von CSL H1N1 Pandemic Influenza Vaccine für Schwangere

Verwendet wird ein Arzneverordnungsblatt (Vordruckvereinbarung – Muster 16), das Sie bitte entsprechend dem unten stehenden Muster ausfüllen: Dazu lesen Sie die Versichertenkarte der Schwangeren ein und ändern manuell den Kostenträger in „Impffonds Hessen“ mit dem IK „5313566“. In die Verordnungszeile tragen Sie bitte „1 x CSL H1N1 Pandemic Influenza Vaccine“ sowie die Schwangerschaftswoche ein. Sollte Ihr System bei der Anlage des Kostenträgers eine VKNR erwarten, so tragen Sie bitte „40999“ ein.

Kostenträger: „Impffonds Hessen“ (kann in der Praxissoftware hinterlegt werden)

Kassennummer: **5 3 1 3 5 6 6** (Institutionskennzeichen (IK) des Impffonds Hessen; kann in der Praxissoftware hinterlegt werden)

VKNR: Falls erforderlich: **4 0 9 9 9**

Verordnungszeile 1: **1 x CSL H1N1 Pandemic Influenza Vaccine, Schwangerschaftswoche** (kann handschriftlich eingetragen werden).

Alle anderen Angaben einschließlich der Personalien bitte wie üblich aus dem System übernehmen und das Rezept mit Vertragsarztstempel bzw. -aufdruck und Unterschrift versehen. Die Bestellung bei der Lieferapotheke kann per Fax erfolgen. Das Original wird bei Auslieferung des Impfstoffs übergeben.

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Impffonds Hessen	Hilfs- BVG 6	Impf- mittel 7	Spr.-St. Bedarf 8	Begr.- Pflicht 9	Apotheken-Nummer / IK
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten Angabe der üblichen Versichertendaten der Schwangeren geb. am	Zuzahlung Gesamt-Brutto				
noctu		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe				
Sonstige	Kassen-Nr. 5 3 1 3 5 6 6 Versicherten-Nr. Status	1. Verordnung				
Unfall	Arzt-Nr. Datum	2. Verordnung				
Arbeits- unfall		3. Verordnung				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						
aut Idem	1 x CSL H1N1 Pandemic Influenza Vaccine Schwangerschaftswoche: _____					Dr. Hilde Ärztin Musterstraße 5 55555 Musterstadt Tel. Nr. xxxxxxxxxxxx KV - Nr.: xxxxxxxxxxxx
aut Idem						
aut Idem						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)		
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					