

Anleitung zum Ausfüllen einer digitalen Impf- Antibiotikabescheinigung

Certificate of Vaccination (e-CoV)

Version Mai 2020



Bitte klicken Sie auf den im E-Mail angegebenen Link und halten gleichzeitig die Strg-Taste gedrückt:

[Impf-Antibiotikabestätigung Alexion digital](#)

Step
2a

Eingabe Ihres Namens und Ihrer E-Mail-Adresse.

Dann bitte auf „Start Process“ klicken.

Step
2b

Sie erhalten die Aufforderung „Please enter the access code to view the document“.

Sie erhalten ein E-Mail mit einem Validation Code.

Alexion Pharmaceuticals

Fill in the name and email.

Please enter your name and email to begin the workflow process.

Your Role:
Physician

Your Name:

Your Email:

Name

E-Mail

bitte hier klicken

Please enter the access code to view the document

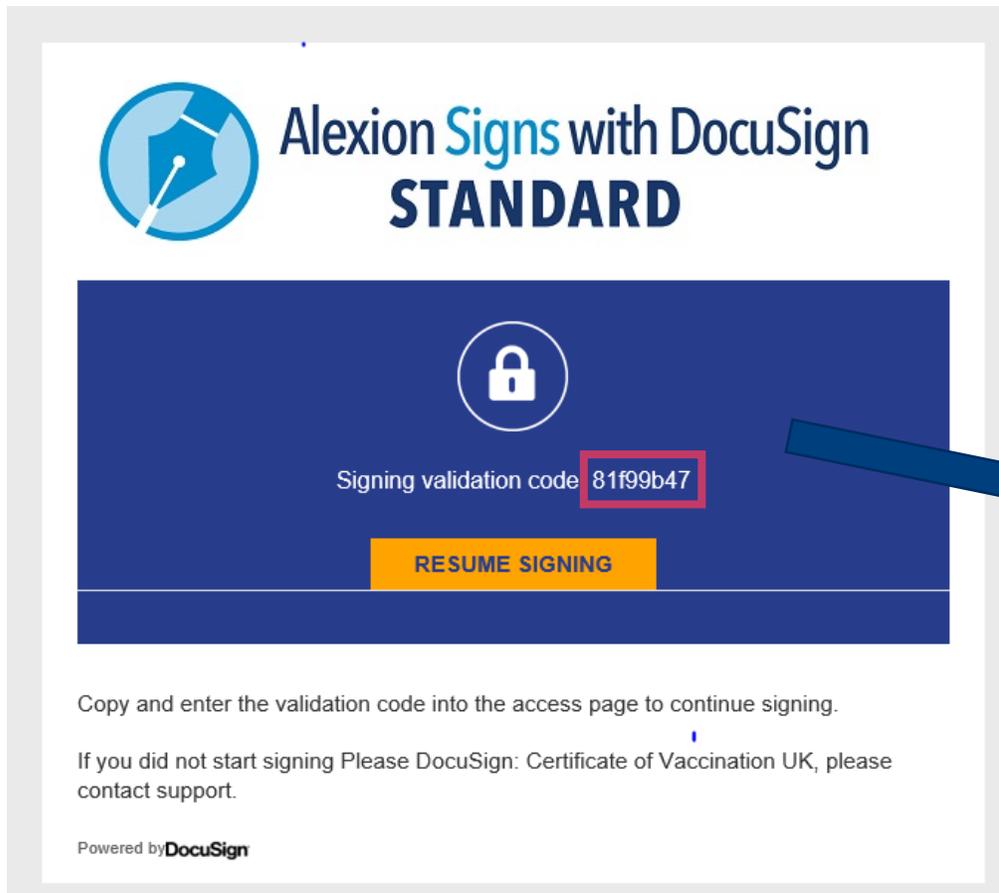
 Alexion eCOV Access
Alexion Pharmaceuticals, Inc.

An email has just been sent to your email address with a special validation code in it. To proceed to sign your documents please open your email, and enter the code into the box below. Keep this browser window open while you get your email.

Access Code

Step
3

Bitte kopieren Sie diesen Code und fügen Sie ihn ein bei „Access Code“.



Alexion Signs with DocuSign STANDARD

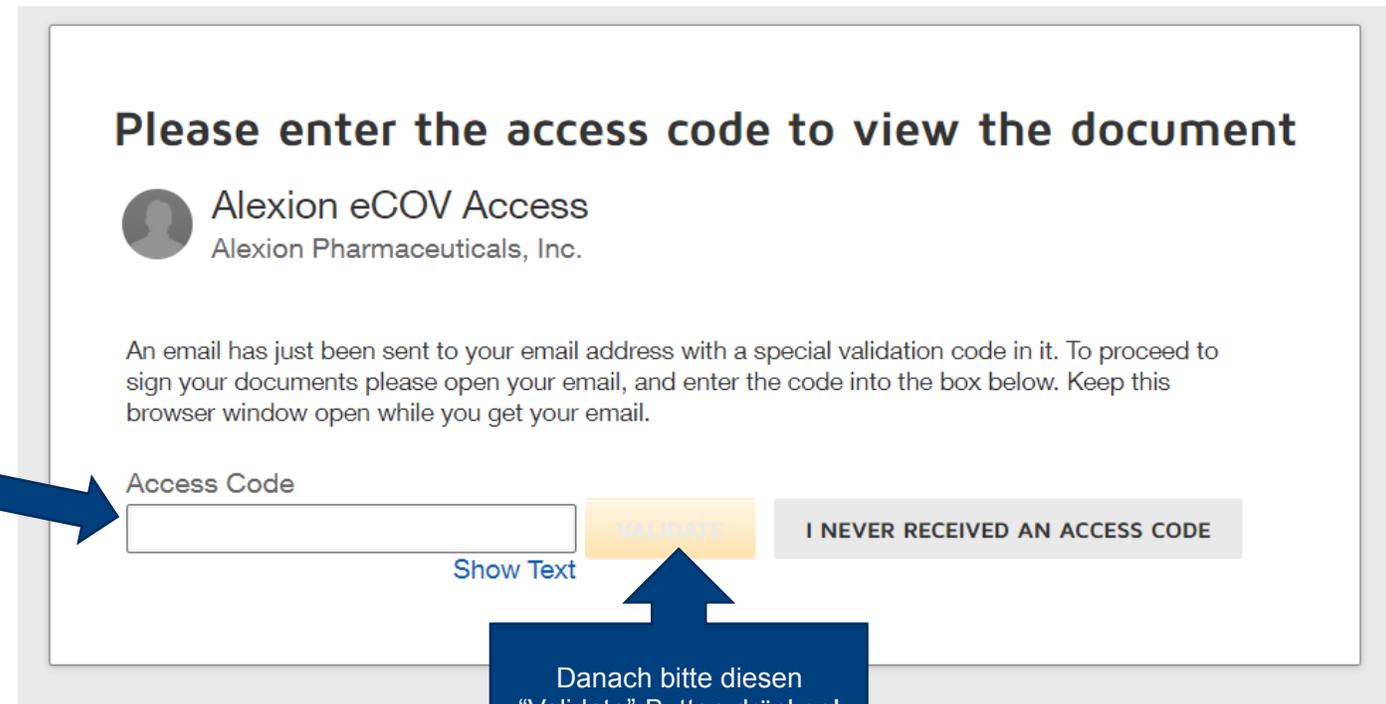
Signing validation code **81f99b47**

RESUME SIGNING

Copy and enter the validation code into the access page to continue signing.

If you did not start signing Please DocuSign: Certificate of Vaccination UK, please contact support.

Powered by **DocuSign**



Please enter the access code to view the document

Alexion eCOV Access
Alexion Pharmaceuticals, Inc.

An email has just been sent to your email address with a special validation code in it. To proceed to sign your documents please open your email, and enter the code into the box below. Keep this browser window open while you get your email.

Access Code

Show Text **VALIDATE** **I NEVER RECEIVED AN ACCESS CODE**

Danach bitte diesen "Validate"-Button drücken!

Über die Plattform DocuSign öffnet sich die digitale Impfbestätigung Deutschland.

Bitte drücken Sie den „Continue“-Button.



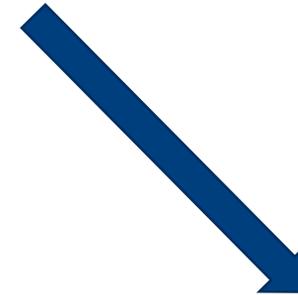
Please Review & Act on These Documents



Alexion eCOV Access
Alexion Pharmaceuticals, Inc.



Powered by **DocuSign**



[View More](#)

Please review the documents below.

CONTINUE OTHER ACTIONS ▾

Bitte umgehend per Fax oder Email senden			
An: ALEXION	Fax: +49 (0) 89 51 51 86 76		
	Email: CustomerOperationsGermany@alexion.com		
Name des behandelnden Arztes: <input type="text"/>			
Klinik: <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>		
Straße: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>		
PLZ, Ort: <input type="text"/>	E-Mail: Anita.schnarrenberger@alexion.com		
Angaben zu Arzneimittel und Indikation			
<input type="radio"/> Ultomiris® (Ravulizumab)	Indikation	<input type="checkbox"/> PNH	Andere: (optional)
<input type="radio"/> Soliris® (Eculizumab)	Indikation	<input type="checkbox"/> PNH <input type="checkbox"/> aHUS <input type="checkbox"/> refraktäre gMG <input type="checkbox"/> NMOSD	Andere: (optional)
Angaben zum Patienten			
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Der Patient ist/wird in ein Alexion Krankheitsregister eingeschlossen <input type="checkbox"/> Dem Patienten wurde bereits einer der oben angegebenen Komplementinhibitoren verschrieben: <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja; Patientencode:	
Bestätigung			

Bitte tragen Sie alle rot umrandeten Felder ein.

Am Ende bei Unterschrift bitte den „Sign“-Button drücken und Ihre digitale Unterschrift zufügen.

Zum Schluss drücken Sie bitte den „Finish“-Button.

Sincerely,



Signature :

Please review the documents below. FINISH OTHER ACTIONS ▾

DocuSign Envelope ID: 7333A635-6C45-42D9-BF26-66A8058C1E9C

Document Version	FRM-0502900 2.0	Status Effective Date*	Effective 03-Mar-2020	
Title: Impfbestätigung Deutschland				

Impfbestätigung Deutschland

Bestätigung der Impfung und/oder Antibiotikaprophylaxe

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 umgehend per Fax oder Email senden

An: ALEXION	Fax: +49 (0) 89 51 51 86 76
Email: CustomerOperationsGermany@alexion.com	

Name des behandelnden Arztes:

Klinik: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Telefon: <input style="width: 20%;" type="text"/>
Straße: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Fax: <input style="width: 20%;" type="text"/>
PLZ, Ort: <input style="width: 80%;" type="text"/>	E-Mail: Anita.schnarrenberger@alexion.com

Angaben zu Arzneimittel und Indikation

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

Angaben zum Patienten

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Der Patient ist/wird in ein Alexion Krankheitsregister eingeschlossen <input type="checkbox"/> Dem Patienten wurde bereits einer der oben angegebenen Komplementinhibitoren verschrieben: <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja; Patientencode:
---------------------------	--	--

Bestätigung

Ich bestätige, dass ich den o.g. Patienten bzw. die Eltern/gesetzlichen Vertreter über die Behandlung mit einem Komplementinhibitor aufgeklärt und ihm das entsprechende Informationsmaterial sowie die Patientenkarte ausgehändigt habe bzw. vor Beginn der Behandlung mit dem Komplementinhibitor aushändigen werde.

Bitte senden Sie mir das entsprechende Informationsmaterial zu.

Der o.g. Patient (bitte Entsprechendes markieren)

hat eine Impfung gegen Meningokokken erhalten (Empfehlung: Impfstoffe gegen die Serogruppen A, C, Y, W 135 und B)

mindestens 2 Wochen vor Erhalt der ersten Dosis des Komplementinhibitors.

weniger als 2 Wochen vor Erhalt der ersten Dosis des Komplementinhibitors und erhält deshalb spätestens vom 1. Behandlungstag mit dem Komplementinhibitor bis 2 Wochen nach erfolgter Impfung gegen Meningokokken eine geeignete Antibiotikaprophylaxe.

Datum der Impfung: (TT/MM/JJ) Impfstoff(e):

wird vom 1. Tag der Behandlung und während der gesamten Behandlungsdauer eine Antibiotikaprophylaxe erhalten (da eine Impfung gegen Meningokokken zum aktuellen Zeitpunkt nicht angezeigt ist) oder bis 2 Wochen nachdem der Patient geimpft werden konnte.

Datum (TT-MM-JJJJ): 26-Mai-2020 17:57 CEST	Unterschrift:
--	---------------

Nur für Alexion

SAP Patienten Code: wird von Alexion ausgefüllt.
Nach der Patientvalidierung wird von Alexion ein SAP Patienten Code vergeben. Dieser SAP Patienten Code und das Geburtsdatum des Patienten werden für weitere Bestellungen benötigt.

Pagination
2 of 3
Alexion Confidential

Effective

* Based on server time zone

Step
6

Sie erhalten eine Kopie des ausgefüllten Dokuments per E-Mail.

Step
7

Sie können das Dokument digital speichern und/oder ausdrucken, dann bitte per E-Mail oder per Fax an das Alexion Customer Operations Team senden:



CustomerOperationsGermany@alexion.com



089 51 51 86 76