

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr*e Haus- oder Fach*ärztin hat einen Termin in der COVmAB-Ambulanz der Charité zur Infusionstherapie vereinbart. **Nur nach dieser Voranmeldung können Sie zur Behandlung kommen.** Wir bitten Sie, sich in einem privaten Fahrzeug zur Behandlung bringen zu lassen. Bitte beachten Sie, dass vor Ort keine Parkplätze zur Verfügung stehen. Deshalb ist eine selbständige Anfahrt leider nicht möglich. **Die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder Taxis ist nicht gestattet.** Lassen Sie sich zu den gekennzeichneten Punkten fahren und gehen von dort auf direktem Wege zu Fuß in die COVmAB-Ambulanz. Lassen Sie sich vom selben Punkt außerhalb des Klinikgeländes auch wieder abholen. **Begleitpersonen dürfen NICHT auf das Klinikgelände.**

- Das Tragen einer **FFP-2 Maske** ist verpflichtend.
- Bitte bringen Sie einen aktuellen **Medikamentenplan**, eine **Diagnosenliste** und Ihre **Versichertenkarte** mit
- Bitte bringen Sie Ihre eventuell benötigte **Tagesmedikation** mit
- Bitte bringen Sie eigene **Verpflegung** (Essen, Trinken) mit

Ambulanzen: Bitte ohne Begleitung



Ablaufplan:

- Aufenthalt insgesamt ca. 3 Stunden
- Anmeldung: Abgeben der erforderlichen Dokumente
- Behandlungszimmer: Ärztliche Aufklärung, Infusion der Therapie über ca. 1 Stunde, Nachbeobachtung 1 Stunde
- Entlassung zurück in die bestehende häusliche Quarantäne

Wir bitten Sie, bei Auftreten von Nebenwirkungen Ihre*n zuweisende*n Ärzt*in zu kontaktieren. Sollte es zu akuten Zustandsveränderung kommen, bitten wir um Vorstellung in einer Rettungsstelle.

Lageplan Campus Charité Mitte, Campus Klinik (CCK)

Interne Adresse auf dem Campus:

Rahel-Hirsch-Weg 5,

Im Gebäude: NUR mit dem Personenaufzug rechts in das 1. OG

Anmeldung Antikörper-Ambulanz (=COVmAB-Ambulanz)



Gilt nur für Fußgänger*innen – Keine Einfahrtgenehmigung

Zugangserlaubnis zum Gelände der Charité – Campus Mitte

Untenstehende Felder sind vor dem Betreten des Krankenhausgeländes **vollständig von der/dem Patientin/Patienten auszufüllen** und in der Anmeldung der COVmaB-Ambulanz abzugeben.

<i>Nachname:</i>
<i>Vorname:</i>
<i>Geburtsdatum:</i>
<i>Email:</i>
<i>Adresse:</i>
<i>PLZ</i>
<i>Meine Telefonnummer</i>

Ich habe am um:Uhr
einen Termin in der **COVmaB-Ambulanz im CCK**.

Name meiner Arztpraxis / des MVZ
Telefonnummer

Name meines/meiner behandelnden Ärzt/in: