

An:

.....  
.....  
.....  
.....

Betriebsstätte/ Einrichtung

.....

Adresse

.....

Telefon

.....

Fax

.....

E-Mail

.....

**Anzeige gemäß § 67 AMG**

....., ..... / ..... / .....

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit zeige ich für die o.g. Betriebsstätte/Praxis die Herstellung und Durchführung von Eigenbluttherapien gem. den Vorgaben des § 67 i.V.m. §13 Abs. 2b AMG unter ärztlich unmittelbar fachlicher Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung an einem bestimmten Patienten an.

Der Verantwortliche für die Herstellung und Anwendung ist der Arzt/sind die Ärzte

.....

Die Eigenbluttherapien werden wie folgt durchgeführt:

Blutabnahme mit steriler ACP-Doppelspritze (10-15 ml) → Verschließen der Doppelspritze mit der Verschlusskappe → Zentrifugation der Doppelspritze, 5 min. bei 1500rpm → Herausnehmen der Spritze aus der Zentrifuge → Überführen des Plasmaüberstandes (ACP) in die innere Spritze (geschlossenes System) → Herausdrehen der inneren Spritze → Aufsetzen einer sterilen Applikationsnadel → Blutplasma (ACP) fertig für Applikation.

Das Produkt ist Autologes Conditioniertes Plasma (ACP), auch bezeichnet als thrombozytenreiches Plasma (PRP).

Das ACP wird in den Räumen der Praxis hergestellt und verabreicht. Die entsprechende Ausrüstung ist vorhanden.

Das ACP wird nicht gelagert, sondern zur sofortigen Verwendung hergestellt.

Mit freundlichen Grüßen

.....