

## Mitteilung Gewebeentnahme



Gewebeummer: \_\_\_\_\_

### Empfänger

Per Telefax an: +49 (69) 677 328-9999  
 oder  
 per E-Mail an: geweberregistrierung@dso.de  
 Deutsche Stiftung Organtransplantation  
 Geweberregistrierung  
 Deutschherrnufer 52 | 60594 Frankfurt am Main

**Absender** bitte vollständig ausfüllen

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax oder E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

### Mitteilung von Gewebeentnahmen bei postmortalen Organspenden gemäß § 35 Abs. 3 AMWHV

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 hiermit teilen wir gemäß § 35 Abs. 3 AMWHV folgende Gewebeentnahme mit:

Name des Spenders: \_\_\_\_\_

Vorname des Spenders: \_\_\_\_\_

Geschlecht des Spenders:  männlich  weiblich

Geburtsdatum des Spenders: \_\_\_\_\_

Bezeichnung der Gewebeeinrichtung mit vollständiger Adresse, Telefonnummer, Kontaktperson: \_\_\_\_\_

### Entnommenes Gewebe

Bulbi/Korneae  angenommen  abgelehntGefäße  angenommen  abgelehntHerz zur Herzklappengewinnung  angenommen  abgelehntmuskuloskelettale Gewebe  angenommen  abgelehntPankreasinseln  angenommen  abgelehntandere \_\_\_\_\_  angenommen  abgelehnt

Kennnummer der Gewebeeinrichtung für das entnommene Gewebe bzw. Gewebespende: \_\_\_\_\_

Entnahmekrankenhaus: \_\_\_\_\_

Fallidentifikationsnummer des Entnahmekrankenhauses: \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

Datum | Unterschrift | Name in Druckbuchstaben