

## Empfänger

Tel.: 0800 376 7273  
Per Telefax an: +49 (69) 677 328-89998  
Deutsche Stiftung Organtransplantation  
SAE/SAR-Meldung  
Deutschherrnufer 52 | 60594 Frankfurt am Main

## Absender bitte vollständig ausfüllen

---

---

---

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

Telefax: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

**Meldung schwerwiegender Zwischenfälle (SAE) und/oder einer schwerwiegenden unerwünschten Reaktion (SAR) gemäß § 9 Abs. 2 und § 10 Abs. 4 TPG Organ V sowie § 40 Abs. 3 AMWHV**

## Art der meldenden Einrichtung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TXB des Entnahmekrankenhauses | <input type="checkbox"/> Arzt der Leichenschau                       |
| <input type="checkbox"/> Behörde                       | <input type="checkbox"/> von der DSO beauftragte Dritte (z.B. Labor) |
| <input type="checkbox"/> Transplantationszentrum       | <input type="checkbox"/> Eurotransplant                              |
| <input type="checkbox"/> Gewebeeinrichtung             |  |
| <input type="checkbox"/> sonstige _____                |  |

Krankenhausaufnahme-/Fallnummer: \_\_\_\_\_

bei Geweben Identifikations-Nr.: \_\_\_\_\_

DSO-Kennnummer, falls bekannt: \_\_\_\_\_

ET-Spendernummer/ET-Empfängernummer, falls bekannt: \_\_\_\_\_

Transplantationsdatum, falls bekannt: \_\_\_\_\_

Entnahmedatum, falls bekannt: \_\_\_\_\_

gemeldet am: \_\_\_\_\_

Gesprächspartner: \_\_\_\_\_

## Meldungsdetails

Bitte beschreiben Sie hier den schwerwiegenden Zwischenfall und/oder die schwerwiegende unerwünschte Reaktion so genau wie möglich unter Meldung aller sachdienlichen und notwendigen Angaben. **Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie ein weiteres Blatt hinzu.**

**Bitte fügen Sie auch sämtliche Befunde diesem Telefax bei!**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift | Name in Druckbuchstaben