

## Empfänger

Per Telefax an: +49 (69) 677 328-9999  
 Deutsche Stiftung Organtransplantation  
 Abt. Geweberegistrierung  
 Deutschherrnufer 52 | 60594 Frankfurt am Main

## Absender bitte vollständig ausfüllen

---



---



---

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

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

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

### 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 Gewebereinrichtung mit vollständiger Adresse, Telefonnummer, Ansprechpartner:

---

## Entnommenes Gewebe

Bulbi/Korneae	<input type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt
Gefäße	<input type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt
Herz zur Herzklappengewinnung	<input type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt
muskuloskeletale Gewebe	<input type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt
Pankreasinseln	<input type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt
andere _____	<input type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt

Kennnummer der Gewebereinrichtung für das entnommene Gewebe bzw. Gewebespenders:

---

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

Patienten-ID des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum | Unterschrift | Name in Druckbuchstaben

