

### 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  angenommen  abgelehnt
- Gefäße  angenommen  abgelehnt
- Herz zur Herzklappengewinnung  angenommen  abgelehnt
- muskuloskeletale Gewebe  angenommen  abgelehnt
- Pankreasinseln  angenommen  abgelehnt
- andere \_\_\_\_\_  angenommen  abgelehnt

\_\_\_\_\_

Kennnummer der Gewebereinrichtung für das entnommene Gewebe bzw. Gewebespenders:

\_\_\_\_\_

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

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

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_

Datum | Unterschrift | Name in Druckbuchstaben

