

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 Gewebeeinrichtung 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 Gewebeeinrichtung für das entnommene Gewebe bzw. Gewebespenders:

Entnahmekrankenhaus: _____

Patienten-ID des Krankenhauses: _____

Mit freundlichen Grüßen

Datum | Unterschrift | Name in Druckbuchstaben

