

D-Nummer \_\_\_\_\_

## Feststellung der Spenderidentität

Es wird bestätigt, dass Name, Vorname und Geburtsdatum von Patientenakte, Protokollbögen zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, Todesbescheinigung und Identifikationsarmband des Verstorbenen identisch sind:

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

## Team Time Out

Der verantwortliche Entnahmechirurg je Team stellt sich sowie die Teammitglieder mit Namen und Funktion vor und erläutert den geplanten Eingriff.

Von der Identität des Organspenders, dem Vorliegen der vorschriftsgemäßen und vollständig ausgefüllten Protokollbögen zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls sowie der Dokumentation des Angehörigengesprächs und dem genehmigten Umfang der Organentnahme haben sich die nachfolgend Unterzeichnenden überzeugt und die Blutgruppe überprüft.

Blutgruppe lt. Blutgruppenbefund: \_\_\_\_\_ Blutgruppe lt. Blutgruppenbefund, Bedside-Test und donor information form oder organ report: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
Blutgruppe	Rhesusfaktor	Blutgruppe

Entnahmeteam Herz: \_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

Entnahmeteam Lunge: \_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

Entnahmeteam Niere: \_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

Entnahmeteam Leber: \_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

Entnahmeteam Darm: \_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

Entnahmeteam Pankreas: \_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

DSO-Koordinator: \_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift | Name in Druckbuchstaben

## Nach Beendigung der Operation:

Ein fachgerechter Wundverschluss und die Hautsäuberung sowie die Entfernung aller Katheter und Zugänge (soweit es von Seiten der Rechtsmedizin oder ermittelnden Behörden zulässig ist) wurden bei dem Verstorbenen vorgenommen.

### Besondere Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des für den Wundverschluss Verantwortlichen | Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift OP-Pflegepersonal/OTA | Name in Druckbuchstaben Sonstige | Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift DSO-Koordinator | Name in Druckbuchstaben