

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

