



1. Arzt und Einrichtung

Name der verantwortlichen ärztlichen Person

Name der mobilen Entnahmeeinrichtung

Abteilung/Station

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

2. Empfangsbestätigung

hiermit bestätige ich den Empfang von Spherox für den Patienten mit dem Patientenschlüssel:

3. Durch den Arzt auszufüllen

Die Defekt-Lokalisation und Klassifizierung, entsprechend der ICRS und der Indikation und Kontraindikation von Spherox (siehe Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (FB 06/08/80)), wurden berücksichtigt.

Ja

Nein (bitte unten erläutern)

Spherox befand sich bei der Übergabe in einem ordnungsgemäßen Zustand

Ja

Nein (bitte unten erläutern)

Datum und Uhrzeit der Entnahme von Spherox aus dem Transplantatkit

Spherox wurde transplantiert

Ja

Nein (bitte unten erläutern)

Anmerkungen: _____

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben



Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

**BITTE AUSGEFÜLLT UND UNTERSCHRIEBEN PER FAX +43 (0)2689 3116 16 ODER
E-MAIL spherox@haemo-pharma.at AN HAEMO PHARMA SENDEN.
DAS ORIGINAL DER SPENDERAKTE HINZUFÜGEN.**