

Bitte dieses Formular sofort nach der Transplantation an spherox@haemo-pharma.at schicken
Erst dann gilt die Transplantation als erfolgreich abgeschlossen.

EMPFANGSBESTÄTIGUNG

spherox



1. Arzt und Einrichtung

Dr. Max Mustermann

Name der verantwortlichen ärztlichen Person

LKH Musterstadt

Name der mobilen Entnahmeeinrichtung

Orthopädie & Unfallchirurgie

Abteilung/Station

Musterstraße 1

Straße, Hausnummer

1000 Musterstadt

PLZ, Ort

2. Empfangsbestätigung

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

1850MAM243212032001

3. Durch den Arzt auszufüllen

Defekt-Lokalisation

Patella

Femurkondyle

Links

Rechts

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

28.05.2021

08:10

Spherox wurde transplantiert

Ja

Nein (bitte unten erläutern)

Anmerkungen: _____

**Es darf NUR ein Spherox-geschulter
freigegebener Arzt unterschreiben**

Musterstadt, 28.05.2021

Ort, Datum

Dr. Max Mustermann

Name in Druckbuchstaben



Unterschrift !!

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.**