



1. Arzt und Einrichtung

Name der verantwortlichen ärztlichen Person

Name der mobilen Entnahmeeinrichtung

Abteilung/Station

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

[DATUM]

2. Transplantationsdatum

Terminvorschlag für Transplantation (CO.DON)

angesetzter Transplantationstermin (Facharzt) _____ (Datum & Uhrzeit der Transplantation)

Ankunftszeit Spherox

Patientenschlüssel

Name des Patienten

Transplantationsort

3. Freigabe des Gewebes zur Weiterverarbeitung

Hiermit bestätige ich, die Ergebnisse der serologischen Untersuchung des Patientenbluts erhalten und gelesen zu haben und gebe gemäß § 4 Absatz 1 iVm Absatz 2 und 3 des Gewebesicherheitsgesetzes das Gewebe und Patientenblut zur Aufbereitung, Be- und Verarbeitung und Aufbewahrung frei.

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.**