

2. EINWILLIGUNG FÜR DIE ORGAN-UND GEWEBEENTNAHME, ZUM ZWECK DER TRANSPLANTATION, BEI DER VERSTORBENEN PERSON.

Ich Unterzeichnende (r) :

Name: _____

Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

bestätige hiermit, dass ich durch Dr _____.

umfassend über den Gesundheitszustand von Frau/Herrn _____ informiert wurde und die Situation gut verstanden habe.

Das Ärzte- und Pflege-Team hat mir genügend Zeit gelassen, meine Entscheidung zu treffen.

In der Überzeugung, dass mein/meine _____ einer Organ- und Gewebespende zugestimmt hätte, genehmige ich die Organ-und Gewebeentnahme zum Zweck der Transplantation und die damit verbundenen, vorbereitenden medizinischen Maßnahmen.

Nach der Bestätigung des Hirntodes erlaube ich:

Jegliche Organ- und Gewebeentnahme

oder

die Entnahme von:

Herz

Lungen

Leber

Bauchspeicheldrüse

Dünndarm

Nieren

Hornhaut

anderem Gewebe

Ort: _____

Datum: _____

Zeit: _____

Unterschrift des/r Angehörigen : _____

Étiquette dito