

**Anforderungsschein Gewebe Hornhautbank Essen**

Patientenaufkleber

**Empfänger:**

<b>Name Patient:</b>	<b>M ( ) / F ( )</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geplante Operation bzw. gegenw. Erkrankung:</b>	
<b>Datum Operation:</b>	

**Gewebe:**

'Ungematchte' Spenderhornhaut für Perforierende Keratoplastik (KPL)

Humane Amnionmembran, kryokonserviert, Essen

**Größe**

- 5 x 5 cm
- 3 x 3 cm

**Anschrift der transplantierenden Klinik/Praxis:**

<b>Name:</b>	
<b>Organisation:</b>	
<b>Lieferadresse:</b>	
<b>Postleitzahl / Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Fax:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Kontaktperson:</b>	

**Verpflichtungserklärung**

Die transplantierende Klinik/Praxis verpflichtet sich Nachsorgedaten zu erheben und diese der Hornhautbank Essen auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.

Schwere Zwischenfälle im postoperativen Verlauf, z.B. Endophthalmitis sowie unklare Infektionskrankheiten des Empfängers, sind der Hornhautbank Essen sofort zu melden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name + Unterschrift

**Das Anforderungsformular bitte ausgefüllt an die Hornhautbank Essen senden.**

**Fax-Nummer: (+49) 0201 723-5645**

**E-Mail: [cornea-bank@uk-essen.de](mailto:cornea-bank@uk-essen.de)**

AO FO	Änderung	durch	Freigabe	durch	
ID: 16837	24.03.2017	Thomasen, Henning	10.04.2017	Manthey, Anke	Rev: 002/04.2017