



Anfrage zur Bereitstellung eines Transplantates der Hornhautbank Essen

Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich nach den gesetzlichen Vorgaben erhoben und verarbeitet. Sie dienen der lückenlosen Rückverfolgbarkeit im Zusammenhang mit der Gewebespende bzw. Transplantation.

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass eine Einverständniserklärung zur Verarbeitung und zum Datenaustausch der personenbezogenen Daten eingeholt wird, sofern sich eine Erlaubnis nicht aus dem Gesetz ergibt.

Patientenaufkleber

Empfänger:

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

Gewebe:

Hornhaut für Perforierende Keratoplastik (KPL)

Humane Amnionmembran, kryokonserviert, Essen

Größe

- 5 x 5 cm
- 3 x 3 cm

Anschrift der transplantierenden Klinik/Praxis:

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

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

Die Anfrage bitte ausgefüllt an die Hornhautbank Essen senden.

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

E-Mail: cornea-bank@uk-essen.de

AO FO	Änderung	durch	Freigabe	durch	
ID: 16837	18.10.2021	Thomasen, Henning	19.10.2021	Thomasen, Henning	Rev: 005/10.2021