

Patient/in: \_\_\_\_\_

m  w  d, geb. am: \_\_\_\_\_

verstorben am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_ Uhr

Diagnose: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

ETIKETT

**Leichenschau und Todesbestätigung durch folgende(n) Ärzte/Arzt/in:**

1. Name: \_\_\_\_\_ Tel./Funk: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Tel./Funk: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**medizinische Angaben zur/zum Verstorbenen**

akute Viruserkrankung  maligne hämatologische Systemerkrankung

Sepsis  \_\_\_\_\_

Obduktion genehmigt?  ja  nein

**Einverständnis für Hornhautspende zur Transplantation**

inklusive erweiterter Diagnostik  und ggf. auch zu Forschungszwecken

**Entnahme der Korneoskleralscheibe:**

durch Einwilligung des Verstorbenen (z. B. Organspenderausweis)

**Kein Widerspruch des Verstorbenen** vor dem Tod

**durch Zustimmung der/des Angehörigen:**

persönlich  telefonisch

Ehepartner  Lebensgefährtin  volljährige Kinder  \_\_\_\_\_

sonstige Angehörige

Angehörige **nicht** einverstanden

Angehörige nicht auf Hornhautspende angesprochen: Einverständnis kann von Hornhautbank eingeholt werden.

Angehörige nicht auf Hornhautspende angesprochen, sollte bitte auch nicht durch Hornhautbank erfolgen.

**Name, Adresse und Telefon des Zustimmenden** (evtl. Unterschrift des Angehörigen)

Der Zustimmende muss in den letzten 2 Jahren einen persönlichen Kontakt zum Verstorbenen gehabt haben!

**Datum, Name und Unterschrift der/des gesprächsführenden Ärztin/Arztes**

**Dieses Dokument bitte umgehend an die 06841-16-22486 faxen**

**Vielen Dank!!! Ihre Hornhautbank (Augenklinik)**

Bei Rückfragen Tel.: 06841-16-22353 oder 06841-16-22337  
nach 16:00 Uhr 1. Dienst-Funk: 2481