

Organspendeausweis



nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strabe

PLZ, Wohnort

**ARBEITSKREIS
ORGANSPENDE**

Postfach 1562 · 63233 Neu-Isenburg
Telefon 06102/359-633

Organspende
schenkt Leben.

Kostenlose Auskunft erhalten Sie beim Infofonen Organspende: 0800/90 40 400

Erklärung zur Organspende

Für den Fall, daß nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben in Frage kommt, erkläre ich:

- JA, ich gestatte, daß nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe zur Transplantation entnommen werden.
- JA, ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:
- JA, ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe:
- NEIN**, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben zur Transplantation.
- Ich habe die **Entscheidung** übertragen auf:

Name, Vorname

Telefon

Strabe

PLZ, Ort

Anmerkungen/Besondere Hinweise

Datum Unterschrift

Organspendeausweis



nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strabe

PLZ, Wohnort

**ARBEITSKREIS
ORGANSPENDE**

Postfach 1562 · 63233 Neu-Isenburg
Telefon 06102/359-633

Organspende
schenkt Leben.

Kostenlose Auskunft erhalten Sie beim Infofonen Organspende: 0800/90 40 400

Erklärung zur Organspende

Für den Fall, daß nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben in Frage kommt, erkläre ich:

- JA, ich gestatte, daß nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe zur Transplantation entnommen werden.
- JA, ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:
- JA, ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe:
- NEIN**, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben zur Transplantation.
- Ich habe die **Entscheidung** übertragen auf:

Name, Vorname

Telefon

Strabe

PLZ, Ort

Anmerkungen/Besondere Hinweise

Datum Unterschrift