


Hauptdokument <b>Schwerwiegende unerwünschte          Reaktion beim Spender</b>	Code <b>8-FB-CON109- V. 02</b>	Dokumenttyp <b>Formblatt</b>		
		Gültig ab 25.07.2019	Gültig bis 24.07.2021	

**Meldung vermutete schwerwiegende unerwünschte Reaktion beim Spender im Rahmen der Entnahme von Gewebe**

**Name und Anschrift der herstellenden Gewebereinrichtung:**

DIZG Deutsches Institut für Zell- und Gewebeersatz gGmbH  
 Köpenicker Strasse 325  
 12555 Berlin  
 Telefon 030 6576 3050  
 Fax 030 6576 3055

**1. Anschrift der Entnahmeeinrichtung**

_____	_____
Name	Abteilung / Station
_____	_____
Straße, Nr.	PLZ, Ort

EU-Gewebereinrichtungscode der Entnahmeeinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**2. Anschrift der ärztlichen Person gem. §8d TPG für die Gewebeentnahme**

_____	_____
Vorname / Familienname	
_____	_____
Straße, Nr.	PLZ, Ort
_____	
E-Mail	

**3. Spendennummer**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**4. Geburtsdatum Spender**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**5. Geschlecht Spender**


weiblich  männlich

**6. Initialen Spender**

--	--

**7. Bezeichnung des entnommenen Gewebes**

Knochen     Faszie     Sehne     Amnion     Haut

Hauptdokument <b>Schwerwiegende unerwünschte          Reaktion beim Spender</b>	Code <b>8-FB-CON109- V. 02</b>	Dokumenttyp <b>Formblatt</b>		
		Gültig ab 25.07.2019	Gültig bis 24.07.2021	

**8. Zeitpunkt der Gewebeentnahme**

\_\_\_\_\_ Datum (TT.MM.JJJJ)                      \_\_\_\_\_ Uhrzeit (hh.mm)

**9. Datum des Auftretens der vermuteten schwerwiegenden unerwünschten Reaktion**

\_\_\_\_\_ Datum (TT.MM.JJJJ)

**10. Datum Ende der vermuteten schwerwiegenden unerwünschten Reaktion**

\_\_\_\_\_ Datum (TT.MM.JJJJ)

**11. Angaben zur vermuteten schwerwiegenden unerwünschten Reaktion**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. Verlauf und Therapie**

\_\_\_\_\_

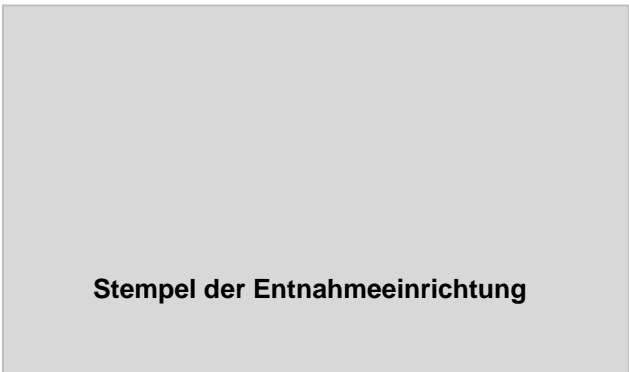
\_\_\_\_\_

**13. Klinisches Ergebnis**

Wieder herstellt     Wiederhergestellt mit Folgeschäden   
 Tod                       Todesursache \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum  
 \_\_\_\_\_

Unterschrift Verantwortliche Person gem. §20b AMG  
 und/oder Ärztliche Person gem. §8d TPG



**Stempel der Entnahmeeinrichtung**