


Anlage Schwerwiegende Unerwünschte Reaktion beim Spender	Code 8-FB-CON109-AL-1- V. 04	Gültig ab 24.10.2021	Gültig bis 23.10.2023	 DIZG
--	--	-------------------------	--------------------------	---

Meldung Verdacht 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
 D-12555 Berlin
 Telefon +49 (0)30 6576 3050
 Fax +49 (0)30 6576 3055

1. Anschrift der Entnahmeeinrichtung

 Name Abteilung/Station

 Straße, Nr. PLZ, Ort

EU-Gewebereinrichtungscode der Entnahmeeinrichtung:

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

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

 Vorname/Familiename

 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

Anlage Schwerwiegende Unerwünschte Reaktion beim Spender	Code 8-FB-CON109-AL-1- V. 04	Gültig ab 24.10.2021	Gültig bis 23.10.2023	
--	--	-------------------------	--------------------------	--

8. Zeitpunkt der Gewebeentnahme

Datum (TT.MM.JJJJ) _____
Uhrzeit (hh.mm)

9. Datum des Auftretens des Verdachts auf eine Schwerwiegende Unerwünschte Reaktion

Datum (TT.MM.JJJJ)

10. Datum Ende des Verdachts auf eine Schwerwiegende Unerwünschte Reaktion

Datum (TT.MM.JJJJ)

11. Angaben zum Verdacht auf eine Schwerwiegende Unerwünschte Reaktion

12. Verlauf und Therapie

13. Klinisches Ergebnis

- Wiederhergestellt Wiederhergestellt mit Folgeschäden
 Tod Todesursache _____

Datum


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

