

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 zu 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

