Druckvorlage Organspendeausweis

Organspendeausweis

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Postleitzahl _____

Wohnort _____

Infotelefon Organspende unter 0800 / 90 40 400 (gebührenfreie Nummer)

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Im Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen oder Geweben zur Transplantation in Frage kommen, erkläre ich:

- ☐ **Ja**, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- ☐ **Ja**, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe oder Gewebe: _____
- ☐ **Ja**, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe oder Gewebe: _____
- ☐ **Nein**, ich widerspreche der Entnahme von Organen oder Gewebe.
- ☐ Über **Ja** oder **Nein** soll folgende Person entscheiden:

  Name, Vorname _____ Telefonnummer _____

  Straße _____ Postleitzahl _____

  Wohnort _____

Kommentare und Anmerkungen: _____

DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____