

**Transplantierende Einrichtung**

**Lieferanschrift wenn abweichend**

**Datum der Antragstellung**

.....  
**Ansprechpartner**

.....  
**Anfordernder Arzt**

**Patientenanmeldung Korneatransplantat Fallnr.:**

**Auftragsnr.:**

- optisch perf.   
  DSAEK   
  DMEK   
  DALK   
  tektonisch   
  optisch typisiert  
 LaMEK Ø 8,5 mm (Standard)   
 LaMEK gewünschterØ ..... akzeptierte MM  
  0   
 1   
 2   
 3

**Patientendaten:**

**Name:** ..... **Vorname:** ..... **Geburtsdatum:** .....

**Seite:**  Rechts  Links   
 Anzahl Vortransplantationen: **R**  **L**    
 Transplantatversagen:  ja  nein

Der anfordernde Arzt bestätigt, dass der Patient seine Einwilligung gemäß DSGVO zur Weitergabe seiner personenbezogenen Daten an die DGFG erteilt hat. Die Daten dienen zum Zwecke der Verarbeitung zur Bereitstellung von geeigneten Gewebetransplantaten für die Transplantation.

**Diagnosen ICD-10**

**Grunderkrankungen**

- H11.0** Pterygium  
 **H18.5** Hornhautdystrophie  
      Fuchs    gittrig    makulär    hereditär    andere Form .....  
 **H18.5** Cornea Guttata  
 **H18.6** Keratokonus    **H17.9** Hornhautnarbe unklare Genese  
 **H16.9** Keratitis    **B00.5** Keratitis herpetica  
 **H18 .1** Keratopathia    bullosa    bandförmig    sonstige .....  
 **H16.0** Ulcus corneae    mit drohender Perforation    Perforation  
 **H18.7** Descemetozele    mit drohender Perforation    Perforation  
 **S05.6** Z.n. perforierender Hornhautverletzung  
 **S05.6** Z.n.Verätzung  
 **H18.4** HH-Dekompensation    unklarer Genese    Z.n. CAT OP  
 sonstige Erkrankungen .....

**Komplikationen/Begleiterkrankungen**

- H18.4** HH-Dekompensation  
 **H17.9** Hornhautnarbe    **H17.9** Hornhauttrübung    zentral    **H16.4** Neovaskularisation  
 **H40.9** Glaukom    **H54.1** Oculus ultimus    **H57.1** Augenschmerzen    **H18.5** Koagulopathie

**Sonstige Besonderheiten/Mitteilungen**

**Geplanter/gewünschter OP-Termin** .....  NOTFALL

**Wichtige Hinweise:** 1. Laut Transplantationsgesetz (TPG) muss der Patient in dokumentierter Form über das bestehende Risiko der Übertragung von Erkrankungen im Rahmen der Transplantation aufgeklärt werden. Die Verantwortung hierfür liegt beim Operateur. Der Patient muss der Verwendung seiner erhobenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Allokation und Rückverfolgbarkeit der Gewebe nach Aufklärung zustimmen.  
 2. Ein allokiertes Transplantat darf nur für den hierfür vorgesehenen Patienten verwendet werden, eine Weiterveräußerung oder anderweitige Verwendung ist nicht statthaft.  
 3. Jedem Gewebetransplantat ist ein Transplantationsbegleitschein beigelegt. Bitte senden Sie uns den Transplantationsbegleitschein vollständig ausgefüllt, spätestens 6 Wochen nach OP zurück. Bei postoperativ auftretenden unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen (insbesondere Infektionen) teilen Sie uns diese sowie deren Begleitumstände bitte unverzüglich mit, ebenso Komplikationen im Rahmen der Transplantation, bzw. nicht durchgeführte Transplantationen. Alle Angaben dienen zur Erfassung und Auswertung der klinischen Resultate und Nebenwirkungen, sowie zur Qualitätssicherung.