DGFG DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEWEBETRANSPLANTATION GEMEINNÜTZIGE GESELLSCHAFT mbH	FORM028-VS- Bestellung von Amnionpräparaten - personalisiert - V03	

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular als FAX an 0511 / 563 559 5200 oder per Email an VS@gewebenetzwerk.de

Bestellung von:

Humane Amnionmembran, kryokonserviert, Schwerin (PEI.G.11579.01.1)

☐ 20 mm x 20 mm	Stück	☐ 35 mm x 35 mm	Stück
☐ 50 mm x 50 mm	Stück	☐ 70 mm x 70 mm	Stück

AmnioClip-plus, kryokonserviert, DGFG (PEI.G.11968.01.1)

☐ Chorionseite zum Auge (stromal) **Standard** ☐ Amnionseite (epithelial) Sonderbestellung - nicht vorrätig

für Patient:in: _____ _____ _____
Nachname Vorname Geburtsdatum

Diagnose ICD-10 (Grunderkrankung):

☐ Der anfordernde Arzt/die anfordernde Ärztin bestätigt, dass der Patient/die Patientin seine/ihre Einwilligung gemäß DSGVO zur Weitergabe der personenbezogenen Daten an die DGFG erteilt hat. Die Daten dienen zum Zwecke der Verarbeitung zur Bereitstellung von geeigneten Gewebepräparaten für die Anwendung.

1. Anschrift der anfordernden Einrichtung (Rechnungsanschrift)

Einrichtung:			
Straße:			**Haus-Nr.:**
Postleitzahl:		**Ort:**	
Telefonnummer:		**Fax-Nummer:**	
Ansprechperson / anfordernder Arzt / anfordernde Ärztin:			
Anrede:	**Titel:**	**Vorname:**	**Nachname:**

2. Lieferanschrift

Einrichtung:		
Straße:		**Haus-Nr.:**
Postleitzahl:	**Ort:**	
Telefonnummer:	**Fax-Nummer:**	
OP-Datum:	**Gewünschtes Lieferdatum**:	

Datum: ---------- Unterschrift des anfordernden Arztes / der anfordernden Ärztin: ----------

Wichtige Hinweise:

1. Der/die Patient:in/Empfänger:in muss im Rahmen der ärztlichen Aufklärung in dokumentierter Form über das Risiko des Eingriffs aufgeklärt werden. Dieses gilt insbesondere für das bestehende Risiko der Übertragung von Erkrankungen im Rahmen der Anwendung/Transplantation. Die Verantwortung hierfür liegt beim zuständigen Arzt/ Ärztin / ärztlichen/-r Anwender/-in. Der/die Patient:in muss der Verwendung der erhobenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Allokation und Rückverfolgbarkeit der Gewebe zustimmen.

2. Ein allokiertes Präparat darf nur für den/die hierfür vorgesehene/n Patient:in verwendet werden, eine Weitergabe oder anderweitige Verwendung ist regulatorisch ausgeschlossen.

3. Jedem Gewebepräparat ist ein Transplantationsbegleitschein beigefügt. Dieser ist uns vollständig ausgefüllt, spätestens 6 Wochen nach Anwendung/Transplantation zurückzuschicken. Bei postoperativ auftretenden unerwünschten Reaktionen (insbesondere Infektionen) teilen Sie uns diese sowie deren Begleitumstände bitte unverzüglich mit, ebenso Komplikationen im Rahmen der Anwendung/Transplantation, bzw. nicht durchgeführte Transplantationen oder Verwürfe. Ihre Rückmeldung dient nicht nur der Erfassung und Auswertung der klinischen Resultate und der Qualitätssicherung, sondern insbesondere der Erkennung unerwünschter Reaktionen und damit dem Schutz von weiteren Empfängern von Geweben derselben Spende.