

## EINWILLIGUNG DER ANGEHÖRIGEN ZUR ORGAN- UND GEWEBESPENDE

Pat.-Etikette:

1. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass Sie über die Diagnose und Prognose der/des oben genannten Patientin/Patienten umfassend informiert wurden und die Informationen verstanden haben.
2. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass Sie über die für eine Organspende notwendigen vorbereitenden medizinischen Massnahmen aufgeklärt wurden.
3. Die Durchführung der Organ- und Gewebespende entspricht dem mutmasslichen Willen der/des oben genannten Patientin/Patienten.

**Sie stimmen der Entnahme und den damit verbundenen vorbereitenden medizinischen Massnahmen folgender Organe und Gewebe nach Feststellung des Todes gemäss SAMW-Richtlinien zu**

- a) Jegliche Organe und Gewebe:
- b) Ausgewählte Organe und Gewebe:
- |   |                                   |  |  |
|---|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz                             | <input type="checkbox"/> Lunge    | <input type="checkbox"/> Leber                       | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse (Pankreas) |
| <input type="checkbox"/> Nieren                           | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Herzklappen und Blutgefässe | <input type="checkbox"/> Augenhornhaut (Cornea)        |
| <input type="checkbox"/> Weitere Gewebe und Zellen: _____ |                                   |  |  |

### Der Forschungszweck

Sollte eine Transplantation aus medizinischen Gründen nicht möglich sein, dürfen entnommene Organe, Gewebe und Zellen für Forschungszwecke verwendet werden (nur für Studien, die von einer Ethikkommission bewilligt wurden).

- Ja  Nein

### EINWILLIGUNG DER ANGEHÖRIGEN ODER VERTRAUENSPERSON DER/DES PATIENTIN/PATIENTEN

Mit der Unterschrift wird bestätigt:

- dass dieses Dokument gelesen und verstanden wurde.
- dass über die Organ- und Gewebespende umfassend aufgeklärt wurde.
- dass die Möglichkeit gegeben wurde, Fragen zu stellen, und dass diese Fragen zur Zufriedenheit beantwortet wurden.

Name / Vorname: .....

Bezeichnung Angehörige/r: .....

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....

### BESTÄTIGUNG FACHPERSON

Mit der Unterschrift wird bestätigt:

- dass das Nationale Organspenderegister von Swisstransplant eingesehen wurde.
- dass die Angehörigen über die Diagnose und Prognose der Patientin/des Patienten umfassend informiert wurden.
- dass die Angehörigen über die vorbereitenden medizinischen Massnahmen einer Organspende aufgeklärt wurden.
- dass die Angehörigen über die notwendigen Untersuchungen und den Verlauf einer Organspende in Kenntnis gesetzt wurden.

Das Gespräch erfolgte:  persönlich

telefonisch Datum: \_\_\_\_\_ Name Angehörige/r: \_\_\_\_\_

Name / Vorname: .....

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....