

# AUSWEIS ZUR ORGANSPENDE

NACH § 2 DES TRANSPLANTATIONSGESETZES



VORNAME/NAME

GEBURTSDATUM

STRASSE

PLZ WOHNORT

Weitere Informationen unter [www.gesundheit-aktiv.de](http://www.gesundheit-aktiv.de)

Für den Fall, dass bei mir ein vollständiges, irreversibles Hirnversagen festgestellt wird und eine Spende von Organen bzw. Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

**JA**, ich gestatte, dass meinem Körper nach der ärztlichen Feststellung eines vollständigen, irreversiblen Hirnversagens Organe und Gewebe entnommen werden.

ODER  **JA**, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

ODER  **NEIN**, ich widerspreche einer Entnahme von Organen/Geweben.

ODER  Über **JA** oder **NEIN** soll folgende Person entscheiden:

Name

Telefon

Adresse

Datum/Unterschrift

Klicken Sie zum Ausfüllen oder Auswählen in die jeweiligen Felder. Nachdem Sie den Ausweis vollständig ausgefüllt haben, drucken Sie die Seite aus.

Nicht vergessen: Anschließend den **Ausweis unterschreiben**, denn nur so ist er gültig!