



Dokumenten-Ausdruck unterliegt nicht dem Änderungsdienst

**Gewebe-Anforderungsformular für Spendertransplantate**

Die Aufklärung des Patienten über alle möglichen Komplikationen im Zusammenhang mit der Transplantation des Spendermaterial liegt in der Verantwortlichkeit des Operateurs.

Aufgrund EU und nationaler Gesetzgebungen sind die Augenbanken zur Dokumentation des postoperativen Verlaufs verpflichtet. Daraus resultiert die Verpflichtung des Operateurs entsprechende Nachsorge-Daten, welche die Hornhautbank anfordert, zu erheben und an diese weiterzuleiten. Schwere Zwischenfälle im postoperativen Verlauf, z.B. Endophthalmitis sowie unklare Infektionskrankheiten des Transplantat-Empfängers, sind der Hornhautbank München gemäß §40 Abs.1 AMWHV sofort zu melden. Nachfolgende personenbezogene Daten werden ausschließlich nach den gesetzlichen Vorgaben zur lückenlosen Rückverfolgbarkeit im Zusammenhang mit der Gewebespende/ –transplantation erhoben und verarbeitet.

**OPERATEUR \***

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Kontakt-Person \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Liefer-Adresse** (falls abweichend) \*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Kontakt-Person \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PATIENT Einverständniserklärung z. Verarbeitung u. Datenaustausch (z.B. Mail/Fax) personenbezogener Daten liegt vor\***

Nachname\* \_\_\_\_\_  
Sex\* male  female  diverse   
Pat-ID-Nr\* \_\_\_\_\_  
Geb.Dat.\* \_\_\_\_\_  
präop.Diagnose \_\_\_\_\_

Vorname\* \_\_\_\_\_  
Krankenkasse/Versicherung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Bestell-Nr: \_\_\_\_\_  
vorherige OPs (inkl. Datum)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OPERATION\***

OP-Datum\* \_\_\_\_\_  
 PKP  Laser-PKP  ALK  DALK  DSAEK  
 DMEK  KLAL  tect.Graft  Sklera-TP  
 Sklera Patch  andere \_\_\_\_\_  
Auge RA/OD  Auge LA/OS

kombinierte OPs mit d.Transplantation  
Amnion-Membran  Cataract-Extraction   
Iridektomie  ppV  Vorderkammerlinse   
andere \_\_\_\_\_

**geplante OPERATIONS INFORMATION**

**\* MUSS-Felder**

Transplantat Durchmesser  
Spender Ø mm: \_\_, \_\_ Patient Ø mm: \_\_, \_\_  
genutztes Trepan-System  
CTS/GTS  H.Barron  Laser  man.Trepan

Keratome  \_\_\_\_\_

Naht-Technik

EKN:  einfach fortlaufende Naht   
 doppelt fortlaufende Naht

**Operateur / Vertreter\***

Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_