

PATIENT/IN

Familienname Vorname
Geburtsdatum m w d / i Kasse / SVNR

ANFORDERER

Krankenanstalt /
Ordination Adresse, PLZ, Ort
Station / Bauteil /
Stockwerk Anforderer

LIEFERUNG

Geplantes OP-Datum: OP-Beginn:
Gewünschtes Lieferdatum: Lieferung bis spätestens:
Kontaktperson inkl.
Telefonnummer:

INDIKATION ZUR TRANSPLANTATION

- Aortenklappenstenose HLHS Hypoplastisches Linksherz TGA Transposition der großen Gefäße
 Aortenklappeninsuffizienz Ventrikelseptumdefekt TOF Fallot-Tetralogie
 Endokarditis Sonstiges

GEWÜNSCHTES TRANSPLANTAT

Aortenklappe Ø oder Produktnummer
 Pulmonalklappe Ø oder Produktnummer
 Pulmonalbifurkation Ø oder Produktnummer

KOMMENTAR / ANMERKUNGEN

NOTIZEN GEWEBEBANK:

Telefonische Anforderung vom _____