



Ministero della Sanità

Gesundheitsministerium

WILLENSERKLÄRUNG: BEREITSCHAFT ZUR ORGANSPENDE

Ich (Nachname) _____

(Name) _____ Geschlecht _____

geboren am _____ in _____ Prov. _____

Staat _____ Steuernummer _____

wohnhaft in _____ Prov. _____

Straße _____ Postleitzahl _____

Zuständiger Sanitätsbetrieb _____

Erkläre mich bereit, nach meinem Tod Organe und Gewebe meines Körpers zu spenden, damit sie für eine Transplantation verwendet werden können.

JA Unterschrift _____

NEIN Unterschrift _____

Datum der Erklärung _____

Personalausweis _____

Nr. _____

ausgestellt von _____

am _____

DEM ANNAHMEBÜRO VORBEHALTEN
(SANITÄTSEINHEIT, SANITÄTSBETRIEB UND ARZT FÜR
ALLGEMEINMEDIZIN)

Stempel und Unterschrift _____

Zuname _____

Vorname _____

Datum _____

ERMÄCHTIGT FÜR DIE ÜBERGABE

Vereinigung _____

Zuname _____

Vorname _____

Personalausweis _____ Nr. _____

Ausgestellt von _____ am _____

Unterschrift _____

Einwilligung zur Sammlung und Verwendung meiner persönlichen Daten unter Befolgung des Gesetzes 675/96, zu den Zwecken und Zielsetzungen, welche vom Gesetz 91/99 und vom Ministerialdekret vom 8. April 2000 im Rahmen der Organspende und Gewebeentnahme vorgesehen sind.

Unterschrift _____