



Klinik für Augenheilkunde

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Klinik für Augenheilkunde Killianstr. 5, 79106 Freiburg

An die
Klinik für Augenheilkunde
Spenderegister
Universitätsklinikum Freiburg
Killianstr. 5
79106 Freiburg

Ärztlicher Direktor
**Universitätsprofessor
Dr. Thomas Reinhard**

Leiter der Lions Hornhautbank BW
PD Dr. P. Maier

Killianstr. 5
79106 Freiburg
Tel 0761/270-40010

Tel 0761/270-40990
Fax 0761/270-41310

Absichtserklärung bezüglich einer Spende der Augenhornhaut

– Dies ist kein Organspendeausweis –

Ich habe das Informationsblatt zum Spenderegister für die Augenhornhaut gelesen und stimme hiermit aus freiem Willen der Erfassung meiner Daten im Spenderegister Augenhornhaut freiwillig zu. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für meine weitere medizinische Versorgung widerrufen kann. Mir ist bewusst, dass die Dokumentation meiner Entscheidung bezüglich einer Spende der Augenhornhaut im Spenderegister Augenhornhaut nicht verbindlich ist, sondern dass die letztendliche Entscheidung über eine Hornhautspende nach meinem Tod bei meinen nächsten Angehörigen im Sinne des Transplantationsgesetzes liegt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für die Aufnahme in das Spenderegister auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet werden. Die Daten sind nur für diesen Zweck durch einen eng begrenzten Personenkreis einsehbar, der der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Meine Daten werden nach einem Widerruf unverzüglich und vollständig gelöscht. Ich beabsichtige, Änderungen dieser Absichtserklärung sowohl gegenüber meinen Angehörigen als auch gegenüber dem Spenderegister Augenhornhaut mitzuteilen.

Hiermit erkläre ich die folgende Absicht, ob nach meinem Tod meine Augenhornhäute zum Zweck der Transplantation entnommen werden dürfen:

- Ja, ich stimme einer Spende meiner Augenhornhäute zu.**
- Nein, ich lehne eine Spende meiner Augenhornhäute ab.**

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelle Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Nächste Angehörige: _____

Ort/Datum

Unterschrift

