


Anlage Meldung Verdacht Schwerwiegende Unerwünschte Reaktion beim Spender	Code 8-FB-CON109-AL-1- V. 06	Gültig ab 30.06.2025	Gültig bis 29.06.2027	 DIZG
-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Meldung Verdacht Schwerwiegende Unerwünschte Reaktion beim Spender im Rahmen der Entnahme von Gewebe

Name und Anschrift der herstellenden Gewebereinrichtung:

DIZG Deutsches Institut für Zell- und Gewebeersatz gGmbH
 Köpenicker Straße 325
 D-12555 Berlin
 Telefon +49 (0)30 6576 3050
 Fax +49 (0)30 6576 3055

1. Anschrift der Entnahmeeinrichtung

 Name Abteilung/Station

 Straße, Nr. PLZ, Ort

 Tel.-Nr. E-Mail-Adresse

EU-Gewebereinrichtungscode der Entnahmeeinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Anschrift der Verantwortlichen Person gem. §20b AMG und/oder Ärztliche Person gem. §8d TPG für die Gewebeentnahme

 Vorname/Familiennamen

 Straße, Nr. PLZ, Ort

 E-Mail-Adresse

3. Spendennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Geburtsdatum Spender


--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Geschlecht Spender

weiblich männlich divers

6. Initialen Spender

--	--

Anlage Meldung Verdacht Schwerwiegende Unerwünschte Reaktion beim Spender	Code 8-FB-CON109-AL-1- V. 06	Gültig ab 30.06.2025	Gültig bis 29.06.2027	
-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

7. Bezeichnung des entnommenen Gewebes

- Knochen
 Faszie
 Sehne
 Amnion
 Haut

8. Zeitpunkt der Gewebeentnahme

Datum (TT.MM.JJJJ)

Uhrzeit (hh.mm)

9. Angaben schwerwiegende unerwünschte Reaktion

10. Zeitpunkt des Auftretens der Reaktion

11. Dauer der unerwünschten Reaktion

12. Ausgang der Reaktion

- Wiederhergestellt
 Wiederhergestellt mit Folgeschäden
 Tod
Todesursache _____

Datum

Unterschrift Verantwortliche Person gem. §20b AMG
und/oder Ärztliche Person gem. §8d TPG

