



Ministero della Sanità

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 gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 196/2003 zu den Zwecken, die vom Gesetz 91/99 vorgesehen sind („Bestimmung im Bereich der Gewebe- und der Organentnahme“, veröffentlicht im Staatsanzeiger vom 15. April 1999, Nr. 87) und des Ministerialdekrets vom 8. April 2000 („Bestimmungen im Bereich der Gewebe- und Organspende, im Hinblick auf die Anwendung der Anweisungen für die Willenserklärungen zum Zwecke der Organspende“, veröffentlicht im Staatsanzeiger vom 15. April 2000, Nr. 89).

Unterschrift _____