

**PATIENT/IN**

Familienname  Vorname   
Geburtsdatum   m  w  \_\_\_\_\_ 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   
 Aorta descendens Ø  oder Produktnummer   
 Aortenbifurkation Ø  oder Produktnummer   
 Perikard Größe  oder Produktnummer

KOMMENTAR / ANMERKUNGEN

NOTIZEN GEWEBEBANK:

Telefonische Anforderung vom \_\_\_\_\_