

# Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



# Organspende

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



**vonmensch  
zu wgwzcp** **ORGANSPENDE  
SCHLESWIG-HOLSTEIN**

Ministerium für Arbeit,  
Soziales und Gesundheit  
des Landes Schleswig-Holstein



**TK**  
Techniker Krankenkasse  
Gesund in die Zukunft.

**Organspende**  
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/90 40 400**.

Für den Fall, dass **nach meinem Tod** eine **Spende von Organen/Geweben zur Transplantation** in Frage kommt, erkläre ich:

- JA**, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- oder  **JA**, ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:
- oder  **JA**, ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe:
- oder  **NEIN**, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.
- oder  Über JA oder NEIN soll dann **folgende Person entscheiden**:

.....  
Name, Vorname

.....  
Telefon

.....  
Straße

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Platz für **Anmerkungen/Besondere Hinweise**

.....  
D A T U M

.....  
U N T E R S C H R I F T