

Kérelem a kórházi etikai bizottsághoz

Intézmény neve: _____

1.

A donor neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Anyja neve: _____

Állandó lakcíme: _____

TAJ száma: _____

2.

A recipiens neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Anyja neve: _____

Állandó lakcíme: _____

TAJ száma: _____

Alulírottak, azzal a kérelemmel fordulunk a kórházi etikai bizottsághoz, hogy az alábbi beavatkozásokhoz járuljon hozzá.*

Dátum: _____

donor/törvényes képviselő/ aláírása

recipiens/törvényesképviselő/ aláírása

A beavatkozást végző orvos (orvoscsoport vezetőjének) aláírása

* A szerv,-szövet átültetését végző orvos is kitöltheti