

Spendermeldung

an die Hornhautbank Mainz



**Hornhautbank des Landes
Rheinland-Pfalz in Mainz**
Augenklinik der Universitätsmedizin der
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Direktor: Prof. Dr. N. Pfeiffer
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz
Tel. +49 6131 17 3319
Fax. **+49 6131 17 6449**
E-Mail. hhb@unimedizin-mainz.de

Name, Vorname des/ der Patient/in: (ggf. Aufkleber)	

Geburtsdatum:	_____
Anschrift:	_____ _____ _____
Meldung	
Todeszeitpunkt: Datum	_____
Uhrzeit	_____
Todesursache	_____ _____
Nebendiagnosen	_____ _____ _____

Angehörige unsererseits nicht auf Hornhautspende angesprochen, kann aber durch Hornhautbank erfolgen. Kontaktdaten:

Name Angehörige _____
Verwandtschaftsgrad _____
Telefon: _____
falls nicht bekannt, Telefon oder Adresse des Verstorbenen

Einwilligung zur HH-Spende durch Angehörige schriftlich oder mündlich erteilt.

Datum/Uhrzeit _____ / _____
Name Angehörige _____
Verwandtschaftsgrad _____
Kontakt Telefonisch persönlich

Einwilligung durch Verstorbenen schriftlich oder mündlich erteilt.

Angehörige wurden über bevorstehende Hornhautspende informiert: ja nein

Angehörige unsererseits nicht auf Hornhautspende angesprochen, sollte bitte auch nicht durch Hornhautbank erfolgen

Der Verstorbene und/ oder die Angehörigen haben HH-Spende abgelehnt.

Kontraindikation: _____

Meldender Arzt

Name: _____
Klinik: _____
Station: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift

Anamneseerhebung Hornhautspende

-bitte füllen Sie das Formular aus und faxen es zeitnah an 06131/ 17-6449 zurück-

Name, Vorname: _____

Geb. Dat: _____

Station: _____

Stationsarzt: _____

Hausarzt: _____

Fax-Nr: _____

Todesursache: _____

Nebendiagnosen: _____

Absolute Kontraindikationen

1. Falls Patientenverfügung oder Organspendeausweis vorliegt:
 - eine Organ- und/oder Gewebespende wurde abgelehnt
 - einer Organ- und/oder Gewebespende wurde zugestimmt
2. Allgemeinerkrankungen:
 - a. Bekannte **HIV-, Hepatitis B oder C-, HTLV I/II-Infektion** oder Anzeichen von Risikofaktoren für diese Infektionen (z.B. Sexualverhalten, i.v.-Drogenabusus, Empfänger zahlreicher Blutkonserven, **langjährige Hämodialyse**)
 - Ja Nein nicht bekannt
 - b. **Systemische virale, Pilz- oder parasitäre Infektion**, die zum Zeitpunkt der Spende nicht unter Kontrolle ist, bakterielle **Septikämie mit multiresistenten Keimen wie z.B. MRSA, VRE, ESBL oder MRGN**
 - Ja Nein nicht bekannt
 - c. Zurückliegende Infektionen mit
 - Salmonella typhi und S. paratyphi sowie dokumentierter Heilung von Q-Fieber, Tuberkulose oder Leptospirosen < 2 Jahre
 - Dokumentierte Heilung von Malaria < 4 Jahre
 - Abklingen der Symptome von Masern, Röteln, Varizella-Zoster, Hepatitis, virale Meningitis, virale Enzephalitis, virales hämorrhagisches Fieber < 4 Wochen
 - Ja Nein nicht bekannt
 - d. Jemals nachgewiesene Infektionen mit Protozoen wie Babesiose, Typanosomiasis, Leishmaniose; chronisch persistierende bakterielle Infektionen wie Syphilis, Brucellose, Fleckfieber u.a. Rickettsiosen, Lepra, Rückfallfieber, Melioidose oder Tularämie
 - Ja Nein nicht bekannt
 - e. Zentralnervöse Erkrankungen unklarer Genese (z.B. **multiple Sklerose, amyotrophische Lateralsklerose, M. Alzheimer, M. Parkinson**, retrovirale ZNS-Erkrankung)
 - Ja Nein nicht bekannt
 - f. Risiko von Krankheitsübertragung durch Prionen (z.B. **Creutzfeld-Jakob, rasch voranschreitende Demenz, unklare neurodegenerative Erkrankung**; Empfänger von Hormonen aus der menschlichen Hypophyse; Empfänger von Transplantaten der Cornea, Sklera, Dura mater, Personen, die nicht dokumentierten neurologischen Operationen unterzogen wurden (bei denen möglicherweise Dura mater verwendet wurde))
 - Ja Nein nicht bekannt
 - g. Anzeichen sonstiger Risikofaktoren für Infektionskrankheiten auf der Grundlage einer Risikobewertung unter Berücksichtigung der Reisen und der Expositionsgeschichte des Spenders sowie der lokalen Prävalenz von Infektionskrankheiten
 - Ja Nein nicht bekannt
 - g.1. SARS-CoV2-Testung:
 - positiv negativ nicht getestet
 - Primärkontakt zu SARS-CoV2-positiver Person in den letzten 14 Tagen:
 - ja nein nicht bekannt

