

Spendermeldung an die Hornhautbank Mainz



Hornhautbank des Landes Rheinland-Pfalz in Mainz

Augenklinik der Universitätsmedizin der
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Direktorin: Fr. Prof. Dr. V. Prokosch
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz
Tel. +49 6131 17 3319
Hornhautbank-Diensthandy 0162 4291213
Fax. +49 6131 17 6449
E-Mail. hbb@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: _____

bei Zusagen am Wochenende bitte Hornhautbank-Diensthandy 0162 4291213 anrufen, ggf. Nachricht hinterlassen

_____ 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
 - h. SARS-CoV2-Testung:
 - positiv negativ nicht getestet

Name, Vorname: _____ Geb. Dat: _____

- i. Aufnahme von toxischen Substanzen (z.B. Zyanid, Blei, Quecksilber, Gold)
 Ja Nein nicht bekannt
- j. Impfung mit Lebendimpfstoff in den letzten 4 Wochen vor Versterben
 Ja Nein nicht bekannt
- k. Postexpositionelle Tollwutimpfung in den letzten 12 Monaten vor Versterben
 Ja Nein nicht bekannt
- l. Empfänger von Hetero- und **Xenotransplantaten**
 Ja Nein nicht bekannt
- m. **Hämatologische Neoplasien** (z.B. Leukämie, Lymphom, MDS, MPS)
 Ja Nein nicht bekannt
- n. Kinder von Müttern mit HIV-, Hepatitis-C- oder HTLV-Infektion oder dem Risiko einer solchen Infektion, die während der vorausgegangenen zwölf Monate von der Mutter gestillt wurden
 Ja Nein nicht bekannt
3. Augenerkrankungen:
- a. Korneale Vorerkrankungen (z.B. lokale Infektion durch Bakterien, Viren, Parasiten, Pilze, Hornhautulcera bei chronischen systemischen Autoimmunerkrankungen)
 Ja Nein nicht bekannt
- b. Maligne Tumore des Augenhintergrundes (Retinoblastom, Aderhautmelanom)
 Ja Nein nicht bekannt

Relative Kontraindikationen

4. Erkrankung unbekannter Ätiologie oder **unbekannte Todesursache**
 Ja Nein nicht bekannt Obduktion erfolgt: ja nein
5. Anzeichen für ungültige Untersuchungsergebnisse der Spenderblutproben wegen **Hämodilution mit >50% Plasmaverdünnung**
 Abnahmedatum der zu untersuchenden Blutprobe (von HHB ermittelt): _____
 Gabe von _____ ml Blutprodukten in letzten **48 Stunden** vor Tod bzw. o.g. Abnahmedatum
 Gabe von _____ ml Kolloiden in letzten **48 Stunden** vor Tod bzw. o.g. Abnahmedatum
 Gabe von _____ ml Kristalloiden in **letzter Stunde** vor Tod bzw. o.g. Abnahmedatum
 Körpergewicht: _____ kg (nur erforderlich wenn > 2000 ml gegeben oder Körpergewicht < 50 kg)
6. Refraktiv-chirurgische Eingriffe (LASIK, PRK)
 Ja Nein nicht bekannt
7. Maligne Tumorerkrankungen in der Anamnese:
 Ja keine bekannt
8. Diabetes
 Ja Nein nicht bekannt

Quelle der Anamnese: Akte des Spenders Wissensstand des behandelnden Arztes_____
Datum_____
Unterschrift behandelnder Arzt

Hornhautbank des Landes Rheinland-Pfalz in Mainz, Augenklinik der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität
 Mainz, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz Tel.: 06131 17 3319, Fax: 06131 17 6449,
 Email: hhb@unimedizin-mainz.de, Internet: www.hornhautbank-mainz.de