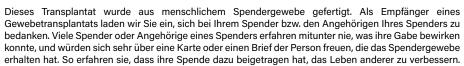
Krankenhauspersonal: Bitte händigen Sie dieses Formular dem Patienten aus und kleben Sie den Seriennummern-Barcode auf die Rückseite dieses Formulars.

Linking Lives

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihrer kürzlich durchgeführten
Operation bzw. Behandlung haben Sie ein
Gewebetransplantat von MTF Biologics erhalten.



Wenn Sie ein AmnioBand-, Salera-, VersaShield- oder Enhance-Gewebetransplantat erhalten haben, dann wurden diese aus gespendetem Plazentagewebe gefertigt. Dieses Gewebe wird großzügig von Müttern nach der Geburt ihrer Babys gespendet.

Wenn Sie ein anderes Gewebetransplantat (Knochen, Sehne, Band oder Haut) erhalten haben, dann wurde dieses Gewebe beim Ableben eines Spenders gespendet. Viele Spender oder deren Angehörige entscheiden sich für eine Spende, um sicherzustellen, dass sie bzw. ihre Lieben auch nach dem Tod weiterhin einen bedeutenden Einfluss ausüben, und um ihre Bedeutung im Leben zu würdigen.

Wenn Sie nicht genau wissen, welchen Ursprungs Ihr Gewebetransplantat ist, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Unsere Kontaktdaten finden Sie auf der Rückseite dieses Formulars.

Viele Patienten möchten ihren Dank ausdrücken, sind aber unsicher, was sie sagen sollen. Nachfolgend finden Sie beispielhafte Anregungen, die Ihnen helfen sollen, Ihre Gedanken zu formulieren.

LIEBER SPENDER ODER LIEBE SPENDERFAMILIE.

Einleitende Worte für die Angehörigen eines verstorbenen Spenders: Ich schreibe Ihnen, um Ihnen meine Anteilnahme am Tod Ihres Angehörigen auszudrücken und mich von ganzem Herzen bei Ihnen für dieses besondere Geschenk, das gespendete Gewebe, zu bedanken. Ich werde immer dankbar sein, dass mir die Chance auf Spendergewebe gewährt wurde, was mein Leben auf so viele positive Arten verändert.

Einleitende Worte für die Spenderin von Geburtsgewebe: Ich möchte mich von ganzem Herzen bei Ihnen für dieses besondere Geschenk, das gespendete Gewebe, bedanken. Ich werde immer dankbar sein, dass mir die Chance auf Spendergewebe gewährt wurde, was mein Leben auf so viele positive Arten verändert.

Ich brauchte ein Gewebetransplantat, weil: Formulieren Sie hier Ihre Gedanken und eine persönliche Botschaft!

Das Gewebetransplantat hat es mir ermöglicht, ...: Formulieren Sie hier Ihre Gedanken und eine persönliche Botschaft!

Nochmals vielen Dank, dass Sie sich für eine Spende entschieden haben. Ich danke Ihnen von Herzen für Ihre Großherzigkeit und Güte.

Mit besten Grüßen

Ihr Vorname oder Ein dankbarer Gewebeempfänger



ANWEISUNGEN

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es zusammen mit Ihrem Brief oder Ihrer Karte an:

MTF Biologics, Linking Lives 125 May Street Edison, NJ 08837, USA





Sie können unser "Linking Lives"-Programm auch online unter www.mtfbiologics.org/LinkingLives besuchen, um dieses Formular auszufüllen und Ihren Brief online zu versenden.

ochterges Jahre alt erkläre m	ellschafter bzw. Erzie ich damit	n und Entnahmepartner hungsberechtigter einverstanden, dass
it dem Ge	webetrans	plantat zu teilen, und
reiwillige	nprojekte	nisation vernetzen und informiert werden. Ich geben.
en Angeh	örigen des	Spenders zu erhalten.
		Datum:
E-Mail:		
	Telefon:	
	Tochterges B Jahre alt erkläre m anonym w it dem Ger webeentn Freiwilliger ganisation len Angeh	B Jahre alt bzw. Erzie erkläre mich damit anonym weitergeget it dem Gewebetrans webeentnahmeorga Freiwilligenprojekte ganisation weiterzuglen Angehörigen des

Wenn Sie weitere Ressourcen und Informationen wünschen, besuchen Sie unser "Linking Lives"-Programm online oder kontaktieren Sie uns unter: LinkingLives@mtf.org oder +1 855-554-5465



Tissue Trace® Allograft-Nachverfolgungssystem

Um Allograft-Unterlagen nachverfolgen zu können, muss das folgende Formular per E-Mail (MTFTTC@sceris.com) oder Post an MTF Biologics zurückgesandt werden. Bitte beachten Sie: E-Mails können gesichert gesendet werden, dürfen aber NICHT Passwort- oder Login-geschützt sein. Ferner müssen PDF-Anhänge in Schwarz-Weiß mit <=300 dpi gescannt werden.

	nen finden Sie unter www.mtfbiologics.org			
Name des Chirurgen:	Fachgebiet des Chirurgen:			
Datum der Transplantation: (JJJJ/MM, J J J J M M T Patienten-ID: Name der Einrichtung:	Alter des Patienten: Geschlecht: MÄNNLICH WEIBLICH DIVERS MRN: Land/Bundesland PLZ/Postleitzahl			
Chirurgischer Eingriff:	Vertreter-ID:			
	Art des Eingriffs			
☐ Amputation ☐ Rekonstruktion des vorderen Kreuzbands ☐ Brustaufbau/-revision ☐ Brustrekonstruktion ☐ Verbrennung ☐ Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte ☐ Diabetisches Fußgeschwür	Bruch-/Bauchdeckenver- schluss			
te hier den Allograft Seriennummern-Barcod	e aufkleben. Bitte hier den Allograft Seriennummern-Barcode aufkleben.			

Bitte ausreichend frankieren

MTF Biologics c/o ScerIS P.O. Box 10 Marlborough, MA 01752, USA

ACHTUNG Krankenhauspersonal

Enthält zwei Formulare, die Sie beachten müssen.

BITTE HÄNDIGEN SIE DAS



FORMULAR DEM PATIENTEN AUS

Formular zum **Tissue Trace Allograft- Nachverfolgungssystem** ausfüllen und an uns zurücksenden.



125 May St | Edison, NJ 08837, USA | www.mtfbiologics.org

Science Driven. Patient Focused