

# ORGANSPENDEAUSWEIS

**Ich bin Organspender**  
und gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes  
meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden dürfen.

Vorname  Geburtsdatum

Name  Telefon/Fax

Datum, Unterschrift



**NOVARTIS**

**vod** Verband  
Organtransplantierter  
Deutschlands e.V.  
Tel. 0208-6353223  
www.vod-ev.de



**ORGANSPENDE**  
**rettet Leben!**