**Hornhinnedonationsverksamhet**

**Faxblankett**

# Utredning inför hornhinnedonation

……………………………………………………. Avled datum:……………………. .Kl:……………………..

Plats för patientetikett

Patienten tillhör avdelning:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Närstående meddelade om dödsfallet **□**Ja **□**Nej

(behöver inte göras innan faxet skickas)

# Blanketten faxas till 023-49 24 25

**Hornhinnedonationsansvarig sjuksköterska**

**Sandra Roxström**

**Telefon: 023-492312**